Die „Aerztliche Sachverständigen-Zeitung“ erscheint monatlich zweimal. Durch jedes deutsche Postamt wird dieselbe zum Preise von M. 5.— vierteljährlich (M. 4.94 für die Sachverständigen-Zeitung, 6 Pf. für Bestellgeld) frei ins Haus geliefert.

Alle Manuskripte, Mitteilungen und redaktionellen Anfragen beliebe man zu senden an Dr. F. Leppmann, Berlin NW., Wullenweberstr. No. 4/5. Korrekturen, Rezensions-Exemplare, Sonderabdrücke, Inserate und Beilagen an die Verlagsbuchhandlung.

Aerztliche Sachverständigen-Zeitung

Organ für die gesamte Sachverständigentätigkeit des praktischen Arztes
sowie für
praktische Hygiene und Unfall-Heilkunde.

Verlag von Richard Schoetz, Berlin NW., Luisenstraße No. 36.

XI. Jahrgang 1905. № 15. Ausgegeben am 1. August.

Inhalt:

Originalien: Wehmer, Praktische Erfahrungen bei Entmündigung Trunksüchtiger. S. 293. — Bruns, Die myasthenische Paralyse vom Standpunkt des ärztlichen Sachverständigen aus. S. 295. — Köhler, Tuberkulindiagnose in der Unfallbegutachtung. S. 297.

Referate. Sammelbericht: Silex und Cohn, Bericht über die augenärztliche Literatur in ihrer Beziehung zur Sachverständigentätigkeit für das erste Halbjahr 1905. S. 300.

Allgemeines: Hahn, Dienstanweisung zur Beurteilung der Militärdienstfähigkeit § 13, 2 und Wehrordnung § 94, 8, b. S. 304. — Seelmann, Veränderung der Verhältnisse als Voraussetzung für die Entziehung der Invalidenrente und anderweitige Festsetzung der Unfallrente. S. 305.

Vergiftungen: Stadelmann, Über Vergiftung mit Schwefelalkalien. S. 305. — Romeick, Eine tödliche Vergiftung mit Salmiakgeist. S. 306. — Sorge, Zur Frage des mikrochemischen Nachweises der Phosphorvergiftung. — S. 306.

Gynäkologie: Puppe, Über kriminellen Abort. Mit Demonstrationen. S. 306. — Thomalla, Vermeintliche Notzucht. S. 306.

Aus Vereinen und Versammlungen. Göttinger psychologisch-forensische Vereinigung. S. 306. — XIV. Konferenz der Zentralstelle für Arbeiterwohlfahrtseinrichtungen. S. 307. — Gesellschaft für soziale Medizin. S. 308.

Gerichtliche Entscheidungen. Zur Auslegung des § 47 Abs. 1 des Invalidenversicherungsgesetzes. Kann durch die Gewährung eines passenden Bruchbandes oder ähnlicher Hilfsmittel eine die Entziehung der Invalidenrente rechtfertigende Veränderung in den Verhältnissen des Empfängers herbeigeführt werden? (Revisionsentscheidung 1193 vom 4. November 1904. S. 309 — Responsabilité d'honoraires. S. 309.

Tagesgeschichte. Das österreichische „Programm für die Reform und den Umbau der Arbeiterversicherung“ mit Ausblicken auf die deutsche Reform. S. 310. — Waldfrieden. S. 311. — Ministerialerlasse. S. 312.

Praktische Erfahrungen bei Entmündigung Trunksüchtiger.

Von
Dr. R. Wehmer,
Reg.- u. Geh. Med.-Rat zu Berlin.

Nachdem durch das „Bürgerliche Gesetzbuch“ (§ 6) die Entmündigung wegen Trunksucht als neue Einrichtung eingeführt ist, dürfte es nicht ohne Interesse sein, an der Hand der Tatsachen, wenn auch zunächst nur für eine beschränkte Zeit, nämlich die Jahre 1901 bis 1904, und für einen beschränkten Teil der Monarchie, nämlich den Landespolizeibezirk Berlin, festzustellen, welche Erfolge diese neue Einrichtung gezeitigt hat. — Hierzu bot sich mir dadurch Gelegenheit, daß höherer Weisung zufolge von seiten der Gerichte durch Vermittlung des Herrn Oberpräsidenten über die Entmündigung Trunksüchtiger nähere Mitteilungen regelmäßig an das Berliner Polizei-Präsidium als Landespolizeibehörde gelangten. Sie bezogen sich auf 32 *) wegen Trunksucht vom Herbst 1901 bis Ende 1904 im Landespolizeibezirke entmündigte Personen. Die meist sehr dürftigen Angaben wurden durch Einforderung und Durchsicht der Entmündigungsakten einer jeden Person, soweit irgend möglich, sowie durch Rückfragen bei den Ortspolizeibehörden vervollständigt. Leider reicht auch das hierdurch gewonnene Tatsachenmaterial noch nicht aus, über alle hierbei in Betracht kommenden Fragen Klarheit zu gewinnen. Auch die Arztatteste, insoweit solche überhaupt vorhanden waren und insoweit sie nicht von Amtsärzten erstattet waren, ließen mehrfach das erforderliche wissenschaftliche Eingehen z. B. auf etwa vorhandene erbliche Belastung, auf die geistige und körperliche Verfassung der begutachteten Personen außerhalb der lediglich zum Trunksuchtsbilde gehörigen Erscheinungen vermissen.

Aus diesen lückenhaften Krankheitsgeschichten ließ sich folgendes entnehmen:

Im ganzen wurden, soweit bekannt, 1901 3 Personen, 1902 12 Personen, 1903 13 Personen, 1904 4 Personen wegen Trunksucht entmündigt, und zwar hiervon 17 in Berlin, 13 in Charlottenburg und 2 in Rixdorf, in Schöneberg niemand. Die große Zahl in Charlottenburg kommt vielleicht daher, daß dort ein Stadtrat, der frühere Besitzer einer größeren Privatirrenanstalt, die beteiligten Kreise persönlich für die Trunksuchtsentmündigungsfrage zu interessieren verstand.

Wie außerordentlich gering obige Zahlen sind, zumal wenn man den enormen Einfluß der Trunksucht auf Entwicklung von Geisteskrankheiten bedenkt, ergibt der Vergleich der wegen Trunksucht entmündigten Personen mit denjenigen, bei welchen Geistesstörung hierzu den Anlaß gab. Die Zahlen der letzteren werden mir dadurch bekannt, daß die Gerichte angewiesen sind, die Entmündigungsverhandlungen über diese behufs medizinischer Nachprüfung und demnächstiger Weitergabe an das Königliche Medizinalkollegium der Provinz abschriftlich dem Polizei-Präsidium einzureichen. Auch wenn diese Zahlen etwa nicht ganz allen tatsächlichen Entmündigungen

*) So viel Fälle waren bis Mitte 1905 bekannt geworden; bis Ende 1904 waren es nur 30 Fälle.

entsprechen sollten, so würden sie doch für den hier anzustellenden Vergleich genügen. — Es wurden nämlich entmündigt

	wegen Geisteskrankheit bzw. -schwäche	wegen Trunksucht
1901	119 Personen	3 Personen
1902	212 „	12 „
1903	199 „	13 „
1904	199 „	4 „

(bis Mitte 1905 bekannt geworden).

Hinzugefügt mag hier werden, daß bei 7 Personen Aufenthalt in einer Trinkerheilstätte, bei 9 in einer Irrenanstalt, bei 2 in einem Siechenhause angegeben war. Auffällig erscheint, abgesehen von der geringen Zahl der Entmündigten, ferner, daß von den 32 Trunksuchtsentmündigten 29 verheiratet und 2 unverheiratet waren, während bei einer Person dies nicht ersichtlich war. Selbstverständlich deutet dies nicht darauf, daß etwa die Ehe als solche die Trunksucht befördert, wenn auch eheliches Unglück beim einzelnen Betrinken gewiß häufig eine ursächliche Rolle spielt, sondern erklärt sich vielmehr so, daß für eine verheiratete Person oder für einen Familienvater der andere Gatte oder die Kinder durch die Herbeiführung der Entmündigung entweder für den Trunksüchtigen sorgen und ihn heilen lassen oder sich aber von ihm und seiner „Schande“ befreien wollen. Für diese Auffassung spricht auch der Umstand, daß für die beiden nicht verheirateten Personen, und zwar für einen unverheirateten Weinreisenden und ein 30 jähriges Mädchen, die in verhältnismäßig besseren Verhältnissen lebenden Angehörigen zu sorgen sich sehr bemühten.

Im allgemeinen findet der alleinstehende Trunksüchtige offenbar, — da nur die Angehörigen und die Gemeinden, deren Vertreter, ganz allgemein gesprochen, aus naheliegenden finanziellen Erwägungen aber manchmal wenig Neigung hierzu besitzen dürften, die Entmündigung wegen Trunksucht beantragen können, — meist den Weg entweder nach dem Irrenhause oder wegen seiner sich naturgemäß an die Trunksucht anschließenden Straftaten (Vagabondierens, Bettelns, Gewalttätigkeiten aller Art, Unsittlichkeiten) in die Strafanstalten. Es wäre daher dringend zu wünschen, daß auch den Staatsanwaltschaften, gleichwie bei Geistesstörungen, so auch bei der Trunksucht das gesetzliche Recht verliehen würde, die Entmündigung von Amtswegen zu beantragen.

Daß die hier näher bekannten Trunksuchtsentmündigungen noch recht wenig den von den Ärzten ausgesprochenen Wünschen entsprechen dürften, vorbeugend zu wirken, zeigt das Alter der Entmündigten; denn diese waren alle in höherem Lebensalter. Die jüngste Person war 36 Jahre, die älteste 72 Jahre alt. Näheres ergibt nachstehende Tabelle:

Es waren alt

	Männer	Frauen	darunter verheiratet
unter 30 Jahren	—	—	—
von 31 bis 40 Jahren	3	3	5
„ 41 „ 50 „	17	4	20 (1 zweifelhaft)
51 „ 60	1	1	2
„ 61 „ 70 „	—	1	1
über 71 Jahre	1	—	1

Dem Stande nach waren

a) von den Frauen: 3 Arbeiterinnen, je 1 Dienstbote bzw. Ehefrau eines Kaufmannes, Buchhalters, Polizei-Wachtmeisters, Gastwirtes, Straßenbahnschaffners und ein unverehelichtes Mädchen,

b) von den Männern: 6 Arbeiter, 2 Schlosser und je 1 Tischler, Maurer, Töpfer, Brauereiarbeiter, Kassenbote, Kalkulator, Schneidermeister, Eisenbahnsekretär, Mechaniker, Förster, Briefträger, Hauseigentümer und Weinreisender.

Einen besonders zum Trinken anreizenden Beruf hatten 3 Personen, 1 Gastwirtsfrau, 1 Weinreisender und 1 Brauereiarbeiter.

Mit Rücksicht auf diese Alters- und Berufsstellung erscheint es auffällig, daß keine jugendlichen Personen, die man doch so oft in Anstalten aller Art zur Heilung ihrer Trunksucht findet, entmündigt wurden. Ob diese etwa durch die Furcht vor der Entmündigung sich bereit finden, auch ohne diese die Anstalten aufzusuchen, damit sie nicht den bedauerlicherweise der Meinung der großen Menge nach leider noch immer bestehenden „Makel“ einer Entmündigung wegen Trunksucht (— gleiches gilt ja bekanntlich auch von der Entmündigung wegen Geistesstörung —) auf sich laden, sei dahingestellt. Daß im übrigen die stattgehabte oder noch bestehende Trunksuchtsentmündigung den unter ihr stehenden Personen das gewerbliche Fortkommen als Arbeiter, Beamter und dergleichen ungemein erschwert, zeigten die Lebensläufe verschiedener Personen. Es ist bedauerlich, daß sich gegen diese Vorurteile, die nach Ansicht Einzelner vielleicht geringer sein würden, wenn man anstatt des deren Ansicht nach unglücklich gewählten Wortes „Trunksucht“ vielmehr „Trinkneigung“ setzen würde, so wenig ausrichten läßt. — Diese Erwägung zeigt aber, wie richtig es — quoad sanationem — wäre, was von ärztlicher Seite immer gefordert wird, wenn auch ohne Entmündigung Trunksüchtige zur Heilung zwangsweise auf die erforderliche Zeit in Anstalten gegen ihren Willen zurückgehalten werden könnten, und wenn die Entmündigung erst dann einträte, wenn alle Heilversuche vergeblich wären.

Im allgemeinen ist man in Ärztekreisen der Ansicht, daß diese Heilung auf die Dauer nur bei jugendlichen Personen zu erwarten ist. Damit steht keineswegs im Widerspruche, daß gelegentlich, wie in verschiedenen der hier zur Beurteilung stehenden Fälle, auch bei älteren Personen eine Besserung und Heilung eintritt. Leider sind aber bezüglich der hier bekannten Fälle die Angaben einerseits zu lückenhaft, und anderseits ist die Zeit ihrer Beobachtung für ein abschließendes Urteil im allgemeinen zu kurz. — Fast noch wichtiger ist die wirtschaftliche Seite dieser Frage, ob nämlich die Entmündigten durch die Behandlung in der Trinkerheilanstalt wieder erwerbsfähig werden. Dies ist um so weniger zu erwarten, je älter sie sind; von den hier bekannt gewordenen Personen waren, so weit die Akten dies ersehen ließen, 12 so verkommen und durch anderweitige mit der Trunksucht zusammenhängende Krankheiten heruntergebracht, daß dies kaum zu erwarten war. Anderseits waren auch 12 Personen mit dem Straf- oder Disziplinargesetze in Konflikt geraten. 21 Personen hatten sich gewalttätig, 4 sexuell unsittlich und 13 in anderer Beziehung unmoralisch gezeigt, wobei mehrere Personen unter diese Gruppen gleichzeitig gehörten.

Daß bei diesen Personen der kurze Aufenthalt in einer Trinkerheilanstalt, wenn sie sich in vorgerücktem Alter befinden, auf die Dauer wenig Erfolg verspricht, liegt auf der Hand. Dabei ist ferner folgender Umstand zu berücksichtigen, durch den der Wert der hier erörterten Trunksuchts-Entmündigungen noch mehr herabgesetzt wird:

Unter den wegen Trunksucht entmündigten Personen befanden sich 10, die wohl korrekter wegen „Geistesschwäche“ zu entmündigen gewesen wären, und weitere 5, bei denen dies zweifelhaft sein konnte. Vielleicht hätten auch noch weitere der hier in Betracht gekommenen Trunksüchtigen auf Grund der alten Bestimmungen entmündigt werden können. — Diese Ausführungen finden eine weitere Stütze durch den Umstand, daß bei vier Personen erbliche Belastung, bei einer Epilepsie und bei zwei mehrfache Berufswechsel angegeben wurden. Vielleicht wäre Ähnliches noch häufiger angegeben worden,

wenn überall eine ärztliche Begutachtung stattgefunden hätte, wenn die die Atteste ausstellenden Ärzte etwas eingehender die Sachen behandelt hätten. Es mag dahingestellt sein, ob dies nicht vielleicht geschehen wäre, wenn die ärztlichen Gutachter hierbei die Nachprüfurg derselben durch das Königliche Medizinal-Kollegium der Provinz zu erwarten gehabt hätten.

Jedenfalls wäre es, um über die einschläglichen Fragen ein zuverlässigeres Material zur Beurteilung zu haben, dringend zu wünschen, daß regelmäßige ärztliche Begutachtung einerseits und eine Nachprüfung für diese Atteste bei Trunksuchtsentmündigungen (ebenso wie bei den Entmündigungen wegen Geisteskrankheit) anderseits angeordnet würden.

Trotz aller dieser Ausführungen wird die auch jetzt mit ihren mancherlei Mängeln behaftete Einrichtung der Trunksuchtsentmündigung, obwohl sie zunächst mehr eine sicherheitspolizeiliche oder soziale als eine ärztlich-heilende Maßnahme darstellt, als ein Fortschritt mit Dank zu begrüßen sein. Denn sie ermöglicht wenigstens eine Entmündigung in solchen Fällen, in denen der Kranke trotz vom Arzte beigebrachten Beweismateriales doch von dem ausschlaggebenden Entmündigungsrichter wegen „Geistesstörung" nicht entmündigt wurde, während er für die Entmündigung wegen „Trunksucht" sich bereit finden ließ.

In dieser Beziehung wurden bemerkenswerte Ausführungen von seiten der Kreis- und Gerichtsärzte in der Versammlung der Amtsärzte des Landespolizeibezirkes Berlin am 13. Dezember 1904 nach einem einleitenden Vortrage des Verfassers dieses Aufsatzes angeführt.

Hierbei wurde auch darauf hingewiesen, daß es dringend nötig sei, Bestimmungen zu treffen, welche die zwangsweise Zurückhaltung Trunksüchtiger in den Heilanstalten, denen sie überwiesen seien, wie dies bei den Geisteskranken der Fall ist, ermöglichten.

Ebenso wurde betont, daß die Zeit, nach welcher die Entmündigung wieder aufgehoben würde, in der Regel ihrer Ansicht nach zu kurz bemessen sei, daß insbesondere mindestens sechs bis neun Monate nach erfolgter Anstaltsentlassung gewartet werden müßte.

Endlich wurde die Notwendigkeit betont, aufklärend dahin zu wirken, daß man die Trunksüchtigen nicht, wie leider oft noch die Geistesgestörten, als verworfene unsittliche Personen, sondern in erster Linie als unglückliche Kranke betrachten solle, vor allen Dingen aber, daß einer Person durch den zeitweiligen Aufenthalt in einer Trinker- oder Irrenheilanstalt nicht ein ebenso schwerer Makel angeheftet würde, als etwa durch den Aufenthalt in einer Strafanstalt. Von ärztlicher Seite allein kann aber diese Aufklärung nicht erfolgen.

Die myasthenische Paralyse vom Standpunkt des ärztlichen Sachverständigen aus.

Von
Professor Dr. med. **L. Bruns.**
Nervenarzt in Hannover.

(Schluß.)

In ätiologischer Beziehung ist über die myasthenische Paralyse wenig sicheres zu sagen. Eine Bevorzugung besonderer Stände und Berufe zeigt das Leiden nicht; Oppenheim hebt allerdings hervor, daß unter 35 von ihm zusammengestellten Fällen sich fünf oder sogar sechs Lehrer fanden (siehe unten). Namentlich läßt sich ein Zusammenhang mit gewissen gewerblichen Schädlichkeiten, vor allen mit in vielen Gewerben gebrauchten Giften nicht nachweisen. Auch eine sichere Beziehung zu Infektionen und anderen nicht gewerblichen Intoxikationen findet sich nicht; daß manche den Bulbus oder das gesamte zentrale Nervensystem treffende entzündliche Prozesse nach Infektionen und Intoxikationen z. B. nach Fleisch- und Wurstvergiftung (Myelitis bulbi und Polioencephaelomyelitis) klinisch der Myasthenie sehr ähnlich sehen und wie sie sich unterscheiden lassen, ist oben besprochen. Traumatische Einflüsse scheinen bei der Myasthenie nicht von Bedeutung zu sein. — Einer meiner Patienten war Alkoholiker und erlitt einen schweren Rückfall nach einem Alkoholexzess. — Sicher spielt bei der myasthenischen Paralyse die erbliche nervöse Disposition eine große Rolle. Dahin gehört die häufige Verbindung des Leidens mit Migräne und die nicht so ganz seltene mit Morbus Basedowii; ferner das Vorkommen von Geistesstörungen, Epilepsie und anderen Neurosen bei nahen Verwandten; dann der von Oppenheim besonders hervorgehobene Befund angeborener Entwicklungsstörungen, Ptosis, Mikrognathie, doppelter Zentralkanal. Auch verdient es wohl hervorgehoben zu werden, daß in nicht so ganz wenigen der zur Sektion gekommenen Fälle sich mehr oder weniger bösartige Neubildungen fanden; Geschwülste über der Niere, im Mediastinum, multiple Myelome; ich verweise in dieser Beziehung auch auf das im Abschnitte „Pathologische Anatomie" gesagte.

Schwierig ist es, die Bedeutung körperlicher Überanstrengung für die Myasthenie richtig abzuschätzen. Ich habe oben Oppenheim zitiert mit der Feststellung der Häufigkeit der Lehrer unter den Myasthenikern. Es liegt nahe, hier an Überanstrengung der bulbären, namentlich der der Sprache dienenden Zentren zu denken. Im übrigen aber habe ich wenigstens in meinem Fällen nie eine körperliche oder geistige Überanstrengung wahrnehmen können; es liegt, wie Oppenheim anführt, die Gefahr nahe, eine Muskelanstrengung fälschlich deshalb als Ursache für das Leiden anzusehen, weil, wenn dieses erst vorhanden ist, auch geringe Muskelanstrengungen wegen der krankhaften Ermüdbarkeit die Symptome sehr verschlimmern.

Die Prognose der myasthenischen Paralyse ist eine sehr ernste; ein großer Teil der Kranken geht namentlich in den oben beschriebenen asphyktischen Anfällen, die heimtückisch auch zu Zeiten sonstiger tiefer Remissionen eintreten können, zugrunde — auch sonst hat das Leiden, wie auch die oben gegebene Krankeitsgeschichte lehrt, trotz aller Remissionen einen progressiven Charakter und führt dadurch schließlich zu so schweren Erscheinungen, daß die längere Erhaltung des Lebens damit nicht mehr verträglich ist. Immerhin ist doch gegenüber der chronisch progressiven Bulbusparalyse, mit der eine Verwechslung der Myasthenie wohl am häufigsten passiert, die Prognose dieser Krankheit eine wesentlich bessere; der Verlauf des Leidens ist ein meist sehr viel langsamerer; es kommt, wie wir sehen, zu weitgehenden Remissionen, selten zu vollen Intermissionen des Leidens; aber auch über vollständige Dauerheilungen wird berichtet.

Therapeutisch kommt vor allen Dingen die größtmögliche körperliche Ruhe in Betracht, die so lange wie möglich ausgedehnt werden sollte. Die obige Krankengeschichte lehrt, daß die tiefgehendsten Remissionen nach langer Bettruhe im Krankenhause eintraten. Leider sind die Kranken zu energischer Durchführung dieser Ruhekur nicht oft zu bewegen.

Von Interesse ist noch das „Pathologisch-Anatomische" der Erkrankung. Obgleich nach dem ganzen Krankheitsbilde und seinem Verlaufe es klar ist, daß es sich um ein organisches Leiden, nicht etwa um eine Neurose handelt, hat doch die genaueste Untersuchung des Zentralnervensystems bisher einen pathologisch-anatomischen Befund nicht ergeben. Dagegen haben

sich in den Fällen Laqueur-Weigert*), Goldflam-Flatau**) und Link***) Metastasen bösartiger Tumoren in den Muskeln — in Weigerts Falle Metastasen einer bösartigen Thymusgeschwulst nachweisen lassen.

Nach dieser, wie ich glaube, für den vorliegenden Zweck ausreichenden Darstellung des Krankheitsbildes der „Myasthenischen Paralyse“ komme ich nun zu denjenigen Punkten, durch die diese Krankheit ein forensisches Interesse gewinnen, resp. der Gegenstand ärztlich sachverständiger Tätigkeit werden kann. In dieser Beziehung hebe ich zunächst das Vorkommen plötzlicher Todesfälle an Asphyxie resp. an ein an die asphyktischen Anfälle sich anschließendes akutes Lungenödem hervor. Da diese Anfälle, wie wir sahen, auch im Stadium tiefer Remissionen, wenn die übrigen Erscheinungen kaum hervortreten, auftreten und zum Tode führen können, so kann ein solcher Todesfall etwas sehr Überraschendes an sich haben und wohl gar unter Umständen den Verdacht einer nicht natürlichen Todesart nahelegen, so daß dann eine gerichtliche Untersuchung der Leiche angeordnet werden würde. Der dann konstatierte, vollständig negative, pathologisch-anatomische Befund würde auch nicht geeignet sein, das Rätsel zu lösen, ja er könnte das Urteil der Untersuchenden noch mehr auf falsche Bahnen lenken. Doch werden die Umstände im ganzen wohl selten so zusammentreffen, daß eine Gefahr in der oben konstatierten Art vorliegt; meist wird man doch von dem früheren Vorhandensein schwerer Krankheitszustände hören, die an sich schon das Leben gefährden konnten, und oft wird schon aus äußeren Gründen der Verdacht eines Verbrechens nicht aufsteigen. Anders ist es dagegen, wenn die schweren asphyktischen Anfälle und der Tod sich an gewisse ärztliche Maßnahmen anschließen, die gerade zur Bekämpfung der Krankheit und ihrer Folgen angewandt sind. Diese Dinge sind nicht konstruiert, sondern wirklich beobachtet. So sah Oppenheim in einem Falle Jollys einen schweren Asphyxieanfall eintreten nach elektrischer Reizung der Atemmuskulatur, und ich selber sah ein tödliches Ödem der Lunge direkt sich anschließen an eine Sondenfütterung, die ich in Übereinstimmung mit Oppenheim, den die Kranke auf meinen Rat konsultiert hatte, angeraten hatte, um die Ernährung zu heben und der Patientin die Nahrungsaufnahme zu erleichtern. Wir hatten beide nicht daran gedacht, daß durch die bei Sondenfütterung unausbleiblichen starken Würgbewegungen schwere Ermüdungserscheinungen in der Schlundmuskulatur auftreten mußten, die sich dann auf die Atemmuskulatur selbst übertrugen, während in dem Jollyschen Falle diese Atemmuskulatur selbst durch die elektrische Reizung ermüdet wurde. Ich bin der Ansicht, daß man beide Manipulationen, die elektrische Behandlung und die Sondenfütterung, bei dieser Krankheit besser unterläßt; selbst wenn das Schlucken sehr beschwerlich ist, ist die Nahrungsaufnahme durch den Mund immer noch am wenigsten gefährlich und kann bei nötiger Geduld auch ausreichend sein. Auch den Vorschlag Oppenheims, vor einer Sondenfütterung den Schlund mit Kokain zu anästhäsieren, kann ich nicht für ganz ungefährlich halten. Aus naheliegenden Gründen — den hier auftretenden, häufigen, starken Würg- und Brechbewegungen — dürfte auch eine allgemeine Narkose bei der Myasthenie sehr gefährlich sein, und man wird wohl bei Kenntnis der Krankheit stets von ihr absehen und womöglich Methoden der Lokalanästhesie anwenden. Sind aber solche Unglücksfälle, wie der oben von mir selbst erlebte, nach Sondenfütterung oder aber, was bisher allerdings noch nicht beobachtet ist, nach Chloroformnarkose wirklich eingetreten, und kommt es zu einer gerichtlichen Untersuchung derselben, so könnte der Sachverständige bei nicht gehöriger Kenntnis der vorhergegangenen Krankheitserscheinungen leicht zu der Ansicht kommen, daß eine fahrlässige Tötung — z. B. Sondenfütterung in den Kehlkopf oder unvorsichtige Narkosen — von Seiten des behandelnden Arztes vorläge, während er bei genauer Kenntnis der Sachlage diesen wohl exkulpieren müßte. Freilich, eine gewisse Unvorsichtigkeit des behandelnden Arztes wird nach meiner Ansicht allein schon aus der Vornahme der Narkose oder der Sondenfütterung herzuleiten sein, die man, wie gesagt, bei der Myasthenie besser unterläßt. Eine tödlich endigende Asphyxie nach einer etwas kräftigen elektrischen Behandlung wird auch bei der Myasthenie wohl kaum jemals als Fahrlässigkeit des behandelnden Arztes ausgelegt werden können, da hier der Unterschied zwischen Ursache und Wirkung so groß ist, daß man den unglücklichen Ausgang kaum auf die doch sonst so harmlose Behandlung schieben wird.

Daß eine falsche Diagnose bei der Myasthenie, namentlich eine Verwechslung mit der Hysterie, auch bei Begutachtung des Patienten z. B. für die Alters- und Invalidenversicherung, dem Kranken in seinen berechtigten Ansprüchen schädigen kann, ist wohl ohne weiteres klar; ja einem sehr oberflächlichen Gutachter könnte es hier sogar passieren, eine vollständige Simulation anzunehmen. Die Verwechslung mit der Hysterie kann aber für den Kranken auch noch andere schädliche Folgen haben. Wir sind heute gewohnt, wenn wir ein hysterisches Krankheitsbild vor uns haben, den Patienten mit einiger Energie anzufassen, bei Muskelschwachen z. B. reichliche Muskelübungen, im ganzen möglichst viel Bewegung in freier Luft anzuraten. Das ist aber gerade bei der Myasthenie das verkehrteste; hier sollen wir dem Kranken für längere Zeit womöglich alle unnötigen Muskelbewegungen ersparen und wir können durch ein Regime, wie es bei der Hysterie richtig ist, bei der Myasthenie sehr schaden, den Krankheitsverlauf sehr beschleunigen und vielleicht sogar einen akuten tödlichen Ausgang rascher herbeiführen. In dieser Beziehung liegen bei der myasthenischen Paralyse die Verhältnisse ganz ähnlich, wie bei der multiplen Sklerose, bei der wegen der Flüchtigkeit und dem Wechsel mancher objektiven Symptome und dem häufigen Vorkommen des Leidens bei jugendlichen, weiblichen Individuen, die Verwechslung mit Hysterie recht oft vorkommt und wo die darauf begründete Anordnung ausgedehnter Körperbewegungen ebenso, wenn auch vielleicht nicht so offensichtlich schädlich wirken kann, wie bei der Myasthenie. In unserer „haftpflichtfrohen“ Zeit wird es aber unter solchen Umständen leicht vorkommen können, daß der Patient oder seine Angehörigen für die offenbar schädlichen Folgen seiner Maßnahmen den Arzt verantwortlich machen und Entschädigung verlangen. Dasselbe könnte der Fall sein, wenn nach den oben erwähnten ärztlichen Maßnahmen — elektrische Behandlung, Sondenfütterung, Chloroform- oder Äthernarkose — eine erhebliche Verschlechterung des Zustandes oder gar der Tod einträte; Bielschowsky*) hebt ganz neuerdings hervor, daß bei der häufigen Prominenz der Augenmuskellähmungen im Krankheitsbilde der Myasthenie, der Kranke vom Augenarzt nicht selten mit antisyphilitischen Kuren behandelt werde, was auch eine erhebliche Schwächung zur Folge haben könne. Eine genaue Kenntnis von der Symptomatologie des

*) Laqueur, L. u. Weigert. Beiträge zur Lehre von der Erbschen Krankheit. Neural. Zentralblatt, Nr. 13, 1901.

**) Goldflam, Weiteres über die asthenische Lähmung nebst einem Sektionsbefunde (Dr. C. Flatau). Neural. Zentralblatt, Nr. 3 ff., 1902.

***) Link. Demonstration von Muskelpräparaten bei Myasthenia gravis. M. f. Psych. Neurol., Bd. XII, Heft 1, 1902.

*) Bielschowsky, die Augensymptome bei der Myasthenie. Münchener med. Wochenschrift II. 51. 1904.

Leidens wird aber auf der einen Seite bei der richtigen Diagnose den behandelnden Arzt davon abhalten, fehlerhafte und gefährliche Kuren und einzelne Behandlungsmaßnahmen vorzunehmen, auf der anderen Seite den ärztlichen Sachverständigen bei ausreichender Anamnese in den Stand setzen, bei wirklich vorgekommenen Schädigungen die Verantwortung des behandelnden Arztes gerecht abzuwägen und vor allem auch dem Leiden der Myasthenie an sich denjenigen Teil der Schuld an Verschlechterungen zuzuweisen, der ihm zukommt; Verschlechterungen, die bei ihm ja auch ohne jede ärztliche Maßnahme zu jeder Zeit in ausgedehnten Maße vorkommen können.

Aus der Heilstätte Holsterhausen bei Werden a. d. R.

Tuberkulindiagnose in der Unfallbegutachtung.

Von

Dr. med. **F. Köhler**,

Chefarzt der Heilstätte.

I.

Es unterliegt wohl keinem Zweifel, daß für eine große Anzahl von traumatischen Lungenerkrankungen es recht erwünscht wäre, eine diagnostische Untersuchungsmethode zu besitzen, welche neben der physikalischen eine Bestätigung oder einen Beweis der Fehlerhaftigkeit der letzteren und ihres Ergebnisses lieferte. In sehr vielen Fällen ist gewiß die übliche physikalische Methode vollkommen ausreichend, um nach Traumen, welche den Thorax eines Individuums getroffen haben, festzustellen, ob nun eine Lungentuberkulose sich im Organismus des Unfallverletzten festgesetzt hat, bzw. ob eine alte Tuberkulose zum Aufflackern gebracht ist. In einigen Fällen liegt die Entscheidung jedoch bedeutend schwieriger. Insbesondere ist bei aufgetretenen Pleuritiden nicht unwichtig, zu entscheiden, ob es sich lediglich um traumatische Rippenfellreizungen oder um die ersten Anzeichen einer Tuberkulose handelt. Die Begutachtung eines Unfallverletzten wird sich häufig mit dieser Frage zu beschäftigen haben, ebenso wie in der Privatpraxis die Prognose des einzelnen Falles sehr von dem Charakter der Lungenaffektion abhängig ist.

Die Begutachtung der traumatischen Lungenkranken würde zweifellos aus der diagnostischen Tuberkulininjektion in vielen Fällen großen Nutzen ziehen können, wenn es sicher wäre, daß in dieser Methode uns eine untrügliche diagnostische Methode zur Verfügung stände.

Die Prüfung dieser Frage ist demnach von großem praktischen Werte für die Unfallbegutachtung, so daß ich es unternehmen möchte, in Kürze die Bedeutung der Tuberkulindiagnose in der Unfallbegutachtung zu skizzieren, auf Grund des heutigen Standes der Tuberkulinfrage. Ich muß dabei unterlassen, ausführlich die Theorie der Tuberkulinwirkung, die Immunisierungsfrage und die Einzelheiten der Technik zu erläutern; diese Punkte werden demnächst in einer eingehenden Abhandlung über die Beziehungen des Tuberkulins zum menschlichen Organismus an anderer Stelle erörtert werden. Es soll vielmehr nur die Zuverlässigkeit der diagnostischen Tuberkulinmethode, die Frage, inwieweit aus dem Ausfall der Tuberkulinanwendung Schlüsse für die Unfallbegutachtung gezogen werden können, behandelt werden. Diesen Erörterungen möchte ich einen Fall aus meiner Gutachtertätigkeit anreihen, der meines Erachtens ein gewisses Interesse für die vorliegende Frage zu erwecken imstande ist. — Schon in der Tuberkulinära, welche Anfang der neunziger Jahre nach Bekanntgabe des Kochschen Mittels anhebt, wurden Stimmen laut, daß die Zuverlässigkeit des Tuberkulins in diagnostischer Beziehung häufig zu wünschen übrig lasse, daß ausgesprochen Lungentuberkulöse auf Tuberkulininjektionen die von Koch beschriebene Reaktion vermissen ließen, und daß andererseits vollkommen gesunde Personen Tuberkulinreaktionen zeigten.

Schon 1891 erklärte Rosenbach[1]) als einer der ersten Zweifler an der Theorie R. Kochs, wenn jemand nach Einspritzung von Tuberkulin in kleinen Dosen schon starke Reaktion zeige, so sei noch lange nicht erwiesen, daß ein solcher Kranker auf Injektionen anderer Toxine nicht fiebere. Nur der Schluß sei erlaubt, daß er zu der Kategorie von Individuen gehöre, deren wärmebildende Apparate besonders erregbar sind. Da wir wissen, daß gerade Tuberkulöse diese Eigenschaft in hohem Maße zeigen, so hält es Rosenbach für gerechtfertigt, die Möglichkeit einer tuberkulösen Affektion anzunehmen; der Schluß aber, daß das betreffende Individuum nun tuberkulös sein muß, ist nicht zu ziehen, denn einerseits kennen wir auch andere nicht tuberkulöse Individuen, deren wärmebildende Apparate besonders erregbare sind, und andrerseits gibt es sicherlich Tuberkulöse, die auf Tuberkulin nicht reagieren.

Die Berechtigung dieser Ansicht Rosenbachs findet in den wichtigen Fieberursachen, deren Festlegung Krehl und Matthes[2]) zu verdanken ist, ihre Bestätigung.

Zweitens dürfte es als offene Frage anzusehen sein, inwieweit andersartige Infektionen auf das Zustandekommen einer Tuberkulinreaktion einen Einfluß haben.

Fälle von Lepra (vgl. dazu Arning in Strauß, la tuberculose et son bacille, Paris 1895, Goldschmidt[3]), Babes und Kalendero[4]) u. a.), Syphilis (Strauß und Teissier[5]) u. a.), Aktinomykose, Carcinom (Smidt[6])), Chlorose können unter Umständen, die wir noch nicht scharf zu bestimmen in der Lage sind, nach Tuberkulinanwendung typische Reaktionen zeigen. Es kann durchaus nicht von der Hand gewiesen werden, anzunehmen, daß die Erreger der Lepra, der hypothetische Erreger der Syphilis und das Gift des Carcinoms zu einer Elimination von pyrogenen Giftstoffen angeregt werden, welche in der chemischen Konstitution sich mehr oder weniger von den Albumosenausscheidungen im tuberkulösen Organismus unterscheiden mögen, in der fiebererregenden Wirkung aber übereinstimmen.

Ferner stellte Renvers[7]) 1891 auf der v. Leydenschen Klinik fest, daß geschwächte, nicht tuberkulöse Individuen ebenso mit hohem Fieber auf kleinste Dosen von Tuberkulin reagieren können, wie wir dies gewöhnlich bei Tuberkulösen beobachten. Es trifft dies aber auch zuweilen zu auf solche Fälle, bei denen wir von Schwäche im landläufigen Sinne nicht zu sprechen berechtigt sind. So erklärt auch Pickert[8]), daß er an der Hand der Erfahrungen v. Leydens, Peipers, v. Rankes, F. Schulzes und Stintzings annehmen müsse, daß auch auf kleinste Dosen Tuberkulin (1—3 mgr) zuweilen Individuen reagieren, welche als wenig oder gar nicht allgemein geschwächt zu bezeichnen sind und bei welchen Tuberkulose nicht nachweisbar ist und nicht als vorhanden anzunehmen ist.

Neisser[9]) erklärte bestimmt, daß keineswegs jede positive Reaktion eine Erkrankung an Tuberkulose bedeute. Bei 250 po-

---

[1]) Rosenbach, Arzt und Bakteriologe 1891.
[2]) Krehl, physiolog. Pathologie, Leipzig, C. W. Vogel.
[3]) Goldschmidt, Berliner klin. Wchschr. 1891, S. 28.
[4]) Babes u. Kalendero, Deutsche med. Wchschr. 1891, Nr. 3.
[5]) Strauß u. Teissier, Sem. médicale 1893, S. 364.
[6]) Smidt, Münch. med. Wchschr. 1904, Nr. 18.
[7]) Renvers, Deutsche med. Wchschr. 1891, Nr. 18.
[8]) Pickert, Ztschr. für Tuberkulose, Bd. IV, Heft 1.
[9]) Neisser, II. Versamml. der Tuberkuloseärzte 1904 zu Berlin, auch Neisser u Pollack, Klinisches Jahrbuch 1904.

sitiven Reaktionen lagen in 89 Fällen keine klinischen Anzeichen für Tuberkulose vor.

Koch selbst betonte, daß bei 1 ctgr Tuberkulin auch gesunde Menschen zeitweise mit Fieber reagierten. Wahrscheinlich ist diese Grenze tiefer anzusetzen. Smidt[1]), Stintzing[2]), Anders u. a. bewiesen, daß Tuberkulinreaktionen ohne Tuberkulose vorkommen, an der Hand von Sektionsergebnissen.

Ebstein[3]) erklärte mit Recht, die Frage, ob es eine obere Grenze gebe, bzw. wo dieselbe liege, bis zu welcher man die Kochsche Flüssigkeit anwenden dürfe, um eine tuberkulöse Erkrankung anzunehmen oder auszuschließen, wofern die typischen bei ihrer Anwendung auftretenden Gewebeveränderungen nicht auftreten, bzw. nicht sichtbar sind, sei eine offene. Quincke[4]) konnte sich nicht entschließen, bei allen jenen Kranken, die eine Allgemeinreaktion zeigten, latente Tuberkuloseherde anzunehmen.

Aus diesen Einzelangaben, die in ähnlicher Weise sich noch reichlich in der Tuberkulinliteratur finden, geht mit Sicherheit hervor, daß die Zuverlässigkeit des Tuberkulins in diagnostischer Beziehung anfechtbar ist und daß bei fehlender klinischer Diagnose, aber Tuberkulin-positivem Resultate, nicht ohne weiteres eine Lungentuberkulose angenommen werden darf.

Umgekehrt aber lassen zweifellos sicher tuberkulös Lungenkranke die positive Tuberkulinreaktion zuweilen vermissen.

Petruschky[5]) spricht von Fällen, die von vornherein gegen Tuberkulin unempfindlich seien.

Schon 1891 sprach Ebstein[6]) auf Grund seiner Beobachtungen aus, daß jemand, der auch auf 0,01 Tuberkulin nicht mit einer starken Temperaturerhöhung oder der darauf überhaupt nicht reagiert, doch an vorgeschrittener Tuberkulose leiden kann. Ähnliche Erfahrungen machte Biermer[7]). Auch Weber[8]) sah bei einer größeren Anzahl notorisch tuberkulöser Kranker keine allgemeine Fieberreaktion eintreten, zumal wenn das Mittel in kleinen Dosen angewendet wurde.

Olshausen[9]) beobachtete Ausfall der Reaktion bei sicher nachgewiesener, aber beschränkter Lungentuberkulose bei Schwangeren.

Eine von Schülers[10]) Patientinnen zeigte auf 6 mg Tuberkulin kein Fieber, wohl aber traten die Zeichen einer Spitzenaffektion mit deutlichem Katarrh hervor. Ohne sorgfältige klinische Untersuchung hätte die Kranke leicht als nicht reagierend und der Behandlung nicht bedürftig angesehen werden können.

Pickert[11]) berichtet von einem Fall mit negativer Reaktion, der früher Knochentuberkulose hatte, dann zwei Monate vor seinem Eintritt in die Heilstätte wochenlang Husten, Auswurf und abendliche Temperatursteigerungen bei allgemeiner Hinfälligkeit und unter starker Abmagerung zeigte. Bei dem Eintritt des Kranken waren alle physikalischen Symptome einer leichten Spitzenaffektion vorhanden.

Es steht ferner nach den Untersuchungen von Löwenstein und Rappoport[12]) über Tuberkulinimmunität fest, daß trotz Tuberkulinimmunität der Kranheitsprozeß, bzw. die unseren Untersuchungsmethoden zugänglichen Symptome fortbestehen können.

Aus allen diesen Erfahrungen aus alter wie neuester Zeit scheint mir unzweifelhaft hervorzugehen, daß unter noch unbekannten Verhältnissen sicher Tuberkulöse die Tuberkulinreaktion vermissen lassen können.

Für die Unfallbegutachtung ist demnach festzuhalten, daß nach dem Ausfall der Tuberkulinreaktion **allein** sich unser Urteil über den Charakter der traumatischen Erkrankung nicht richten darf, vielmehr sollte in erster Linie die gründliche Untersuchung und die genaue Prüfung anamnestischer und ätiologischer Momente uns in der Auffassung des einzelnen Falles leiten.

II.

Zur Erörterung der Frage der Bedeutung der Tuberkulindiagnose in der Unfallbegutachtung veranlaßte mich ein Fall, der mir kürzlich zur Begutachtung vorlag. Es handelte sich hierbei zweifellos um eine traumatische Hysterie, nach Verbrennung, mit Lokalisation der Beschwerden in der Brust.

Kurz zusammengefaßt lag der Fall folgendermaßen: Ein 30jähriger Arbeiter wurde durch eine glühende Schiene im Rücken verbrannt und in der rechten untersten Rippengegend verletzt am 21. April 1902.

Befund im Krankenhause: Auf dem Rücken in der Kreuzbeingegend eine querverlaufende, drei Finger breite, streifenförmige Brandwunde II. Grades. Knöchernes Becken nicht gequetscht. Weichteile äußerlich nicht verletzt. Läsion der Bauchorgane ausgeschlossen. Heilung der Brandwunde nach vier Wochen beendet. Am 24. Mai 1902 entlassen. Noch geringfügige Schmerzen beim Bücken. Gewicht von 71,7 auf 76 kg gestiegen.

21. Juni 1902: Arbeit aufgenommen, nach drei Stunden wegen Unfähigkeit niedergelegt. 25. Juni 1902 abermalige Krankenhausaufnahme.

Schmerzen im Rücken, in der rechten Hüfte und in der rechten Brustseite. Lungenbefund normal. Keine Erwerbsbeeinträchtigung angenommen.

9. Februar 1903: Begutachtung durch einen zweiten Arzt. Es wurde wegen negativen Befundes Muskelrheumatismus angenommen. Zusammmenhang der Beschwerden mit dem Unfall abgelehnt.

Berufung des Unfallverletzten wurde am 27. Mai 1903 vom Reichsversicherungsamte abgelehnt.

22. Dezember 1903: Ärztliche Untersuchung und Begutachtung von zwei Ärzten im Krankenhause zu E. Hier wurden in der Zeit vom 21. bis 31. August 1903 **vier Probeeinspritzungen mit Alttuberkulin** vorgenommen (0,0002 bis 0,0015). **In den nächsten 24 Stunden Temperatursteigerungen von 1 bis 2^0, Allgemeinbefinden gestört,** allgemeine Abgeschlagenheit, Mangel an Eßlust und Kopfschmerz. Stechende Kreuzschmerzen und Stechen in der rechten Unterrippengegend. Nachts Schmerzen beim Liegen. Stirnkopfschmerz, Stechen in den Augen.

Das Gutachten der beiden Ärzte betont, daß keinerlei klinisch-diagnostischer Fingerzeig für eine tuberkulöse Erkrankung bestehe, daß aber das Krankheitsbild nicht den Eindruck einer Simulation oder Übertreibung mache.

Die Diagnose wurde auf **traumatische Neurose** gestellt. Der Unfallverletzte wurde für 50% erwerbsfähig erklärt.

Gegen diese Entscheidung Berufung des Unfallverletzten. Vom Schiedsgericht abgewiesen, nach nochmaliger Begutachtung am 22. Dezember 1904. Bei dieser Untersuchung durch dieselben Ärzte wurde festgestellt: Lungenbefund durch-

[1]) Smidt, l. c.
[2]) Stintzing, Münch. med. Wchschr. 1891, Nr. 9.
[3]) Ebstein, Klinisches Jahrbuch 1891, Ergänzbd.
[4]) Quincke, ibidem.
[5]) Petruschky, Heilung der Tuberkulose, ihre Feststellung und Nachprüfung. Leipzig 1904, Leineweber.
[6]) Ebstein, Klin. Jahrbuch, Erg. Bd. 1891.
[7]) Biermer, ibid.
[8]) Weber, ibid.
[9]) Olshausen, ibid.
[10]) Schüler, Jahresbericht 1903 der Heilstätte Waldbreitbach.
[11]) Pickert, l. c.
[12]) Löwenstein und Rappoport, Ztschr. für Tuberkulose, Bd. V, H. 6.

aus normal. Kopfhaut gegen Nadelstiche fast unempfindlich. Nackensensibilität normal. Die Kreuzgegend, namentlich rechts, gegen Nadelstiche sehr abgestumpft, Nadeldurchstechen möglich. Linke Cornea wenig empfindlich, rechte Cornea gegen Sondenberührung fast unempfindlich. Kein Gaumenreflex. Diagnose: Traumatische Hysterie. Erwerbsfähigkeit 50%.

Das Arbeiterschiedsgericht sandte, da der Unfallverletzte mit der Rentenfestsetzung von 50% sich nicht einverstanden erklärte, denselben mir am 3. Juli 1905 zu. Ich erstattete folgendes **Gutachten:**

„Ich habe heute den 30jährigen Fabrikarbeiter V. L. aus St. eingehend ärztlich untersucht. L. gab an, daß seine Eltern beide gesund seien, er hatte zehn Geschwister, von denen nach seiner Angabe vier gestorben seien in früher Kindheit. Seine Frau ist angeblich gesund, von seinen drei Kindern soll eins an „englischer Krankheit“ leiden. Er selbst will bis zu dem am 21. April 1902 erlittenen Unfall immer gesund gewesen sein. Die Verletzung geschah während der Beseitigungsarbeit einer glühenden Schiene, indem diese durch das Aufstoßen einer zweiten Schiene ihre Richtung änderte, den Arbeitenden in der Gegend des Gesäßes erfaßte und Beinkleider und Riemen versengte. Außerdem wurde L. durch den Schlüssel in der rechten untersten Rippengegend verletzt und mit der linken Seite gegen ein Schienenlager gedrückt. Er soll hierbei zu Boden gefallen und ohnmächtig geworden sein. Dann wurde er bald aufgehoben und verbunden. Es erfolgte seine Aufnahme in das Krankenhaus K., woselbst er mehrfach etwas Blut gespuckt haben will. Die gleiche Erscheinung will L. auch jetzt noch zeitweise haben. Seine Angaben über die Art des Blutspuckens sind indessen so ungenau und unklar, daß es sich, falls nicht die ganze Sache unwahr ist, höchstens um leichte Zahnblutungen oder Rachenblutungen handelt. Im Krankenhaus lag er angeblich etwa fünf Wochen im Bett und will auch mehrfach hoch gefiebert haben, sowie starke Schmerzen in der rechten Seite mit Ausstrahlungen nach dem Rücken verspürt haben. L. ist dann mit kurzen Unterbrechungen im Krankenhause behandelt worden, ohne daß durch Bäder oder medico-mechanische Maßnahmen eine Besserung hätte erzielt werden können. Arbeitsversuche schlugen zum größten Teile fehl.

Nach mehrfacher ärztlicher Begutachtung war dem L. eine 50prozentige Rente zugebilligt, deren Satz indessen dem Unfallverletzten zu gering erscheint. Er machte heute folgende Angaben:

Sein Leiden habe sich in der langen Zeit nicht gebessert, vielmehr verschlechtert. Er leide an Husten und Auswurf, Stechen in der Brust und unerträglichen Schmerzen in der rechten Hüftgegend, die nach dem Rücken zu ausstrahlten. Er sei nicht imstande, sich zu bücken, um in dieser Stellung zu arbeiten. Er könne schlecht mit dem rechten Fuße gehen. Der Nachtschlaf sei schlecht, so daß er sich oft mit Schmerzen im Bett herumwälzen müsse. Er leide ferner an starkem Stirnkopfschmerz und Drücken in den Augen, plötzlichem Hitzegefühl und Schwindel, insbesondere bei gebückter Haltung. Zeitweise trete auch Luftmangel auf.

Die ärztliche Untersuchung ergab folgenden Befund: L. ist ziemlich kräftig gebaut, von gesunder Gesichtsfarbe, mittelkräftiger Konstitution, mittelguter Muskulatur und Fettpolster in normaler Entwicklung. Die Sehfähigkeit ist normal. Der Rachen ist leicht gerötet, die Stimme klar, das Gehörorgan in Ordnung.

Drüsen sind nicht fühlbar. Der Brustkorb ist mäßig umfänglich, gut gewölbt, von normaler Exkussion, symmetrisch. Die Lungenspitzen stehen gleich hoch, die unteren Lungengrenzen stehen normal und sind gut verschiebbar. Der Perkussionsschall über allen Lungenpartien ist voll, rein. Die Auskultation ergibt über der ganzen Lunge normales vesikuläres Atmen, ohne Rauhigkeit, ohne Geräusche.

Während der Untersuchung hustet mehrfach der Verletzte, ohne daß es sich um einen eigentlichen Lungenhusten handelte. Auswurf wurde nicht produziert.

Die Herzgrenzen stehen normal, die Töne sind über allen Ostien rein. Der Puls ist regelmäßig, mittelkräftig, von normaler Frequenz, synchron 76, Milz und Leber sind normal. Die Bauchdecken sind etwas straff, auf Druck nicht schmerzhaft, Veränderungen sind nicht fühlbar. Urin zur Untersuchung konnte nicht gewonnen werden (früher war der Urin stets frei von Eiweiß und Zucker).

Der Schädel ist normal gebaut, symmetrisch, ohne Defekte. Die Wirbelsäule zeigt eine deutliche Rückenkrümmung, sie ist im unteren Brustteile leicht nach rechts, im Lendenteile nach links konvex gebogen. Die Beklopfung ist nicht schmerzhaft. Der Gang ist vorsichtig; L. hinkt etwas auf dem rechten Beine. Das Beckengelenk ist rechts wie links frei beweglich, ebenso das Kniegelenk. Des Beugen das Rumpfes geschieht auf energisches Auffordern durchaus normal, nach Angabe des Untersuchten allerdings unter Schmerzen. Das Strecken des Rumpfes geschieht bei entgegengesetztem Widerstande des Untersuchers mit großer Kraftentfaltung normal.

Es besteht kein Rombergsches Schwanken. Die Pupillen sind etwas eng, reagieren prompt auf Lichteinfall, die Gesichtsnerven funktionieren normal, die Zunge wird gerade herausgestreckt, der Rachenreflex ist herabgesetzt, Geruch- und Geschmacksorgane funktionieren normal. Der Patellarreflex, Tricepsreflex, Kremasterreflex ist normal ausgebildet.

Die motorische Kraft erscheint weder an den Armen, noch an den Beinen herabgesetzt.

Die Sensibilität erschien anfangs im Nacken rechts und rechts in den hinteren unteren Partieen herabgesetzt; bei der Prüfung auf Qualität des Reizes (spitz, stumpf) wird jedoch auch in den genannten Partien stets prompte und richtige Angabe gemacht, so daß die mangelhaften Angaben bei der ersten Prüfung auf absichtliche Täuschung oder auf Unaufmerksamkeit zurückgeführt werden müssen. Das Lokalisationsvermögen ist durchaus normal entwickelt. Die Empfindlichkeit der Hornhaut ist herabgesetzt. Sexuelle Fähigkeit ist nach Angabe normal.

Als Rest der stattgehabten Verbrennung ist lediglich ein geringer länglicher Streifen auf dem linken Musculus glutaeus und eine strahlige, zirka einmarkstückgroße Narbe etwa in der Axillarlinie über dem Darmbeinkamme rechts zu sehen.

Fassen wir nunmehr den erhobenen Befund zusammen, so ist als feststehend anzusehen, daß von einem organischen Leiden nicht geredet werden kann. Dagegen machen die allerdings recht geringen Störungen in der nervösen Sphäre eine vorliegende traumatische Hysterie durchaus wahrscheinlich, da eine ausschließliche Simulation kaum zuverlässig angenommen werden kann. Die wohl kaum abzustreitenden Beschwerden des Unfallverletzten werden in ihrer Tragweite, wie häufig bei Hysterischen, überschätzt. Das Zustandekommen der Hysterie scheint mir im vorliegenden Fall im wesentlichen auf zwei Momente zurückgeführt werden zu müssen: 1. auf den psychischen Eindruck des erlittenen Unfalles, 2. auf die Schwierigkeit der leichteren Beschäftigung, welche den gleich hohen Lohn, wie vordem, einbringt.

Wenn es gelingen würde, dem Unfallverletzten bei leichter Beschäftigung den Lohn wie früher zu verschaffen, würde zweifellos das Vertrauen zur eigenen Leistungsfähigkeit gehoben und damit die vorliegende psychische Hemmung beseitigt werden können.

Daß eine ausgebildete Hysterie die Arbeitsfähigkeit, überhaupt die körperlichen Leistungen des Organismus, weitgehend

beeinträchtigen kann, kann nach dem heutigen Stande der Anschauung von der Pathologie des Nervensystems nicht bezweifelt werden. Für eine völlige Lahmlegung der Arbeitsfähigkeit scheint mir indessen der Grad der Hysterie nicht entwickelt genug. Ich stimme demnach dem Gutachten der Herren DDr. M. und K. vom 22. Dezember 1904 bei, welche die Beeinträchtigung der Erwerbsfähigkeit auf 50 % veranschlagten, da mir keine Anzeichen vorzuliegen scheinen, welche eine weitere Entwicklung der damals schon supponierten traumatischen Hysterie begründen.

Ich möchte indessen insbesondere auf den zweiten Punkt hinweisen, den ich oben angeführt habe und der mir das Zustandekommen der Hysterie, auf psychologischer Basis, mitzubegründen scheint. Bei genügender materieller Sicherstellung würden zweifellos die jetzt noch bestehenden psychischen Hemmungen allmählich beseitigt werden und die Schwierigkeiten gehoben in der Ausführung des Schrittes von der ohne Zweifel für den Unfallverletzten wohltätigen leichten Arbeit zur schweren Arbeit, wie ehedem." —

Als Resultat unserer Feststellungen scheint mir allgemein für die Unfallbegutachtung ein Grundsatz dahin formuliert werden zu können: Die Tuberkulinuntersuchung kann in Fällen von traumatischer Hysterie positiv ausfallen, ohne daß tuberkulöse Prozesse sich im Organismus finden, und kann daher, wenn die klinische Diagnose nicht auf Tuberkulose lautet, für die Begutachtung solcher Fälle nicht ausschlaggebend sein.

Referate.

Sammelbericht.

Bericht über die augenärztliche Literatur in ihrer Beziehung zur Sachverständigentätigkeit für das erste Halbjahr 1905.

Von

Prof. Dr. **P. Silex** und Dr. **Paul Cohn**-Berlin.

I. Unfallkunde und Invaliditätswesen.

1. **Cramer.** Traumatische Spätablösung der Netzhaut. (Zeitschr. f. Augenheilk. XIII, 2.)

2. **Frachtmann.** Ein Fall von angeblich nach einer Ohrfeige aufgetretenen Iritis und dessen gerichtsärztliche Begutachtung. (Wiener med. Woch., Nr. 20.)

3. **Guillery.** Trauma als Veranlassung einer konstitutionellen Augenerkrankung. (Klin. Monatsbl. f. Augenheilk. Mai 1905.)

4. **Schwarz.** Augenärztliche Winke für den praktischen Arzt. (Leipzig, F. C. W. Vogel. 1904.)

Die Fälle, in denen längere Zeit nach Einwirkung einer stumpfen Gewalt auf den Augapfel Netzhautablösung eintrat, mehren sich. Cramers (1) Patient wurde von einem Dreschflegel an seinem linken, früher völlig gesunden Auge getroffen. Fünf Wochen später trat völlige Netzhautablösung ein. Eine andere Ursache für die Erkrankung als die vorher erlittene Prellung des Augapfels konnte nicht ausfindig gemacht werden. Die Kenntnis von der faktischen Möglichkeit einer Spätablösung der Netzhaut nach erlittener Kontusion des Augapfels war hinsichtlich der Unfallentschädigung des Patienten in vorliegendem Falle um so wichtiger, als das zweite Auge des Mannes von Jugend an schwachsichtig und mit angeborenem Star behaftet war.

Frachtmann (2) hatte einen Mann mit einer Regenbogenhautentzündung zu begutachten, deren Entstehung zuerst nicht klargestellt werden konnte. Erst im Laufe der Behandlung gab der Mann an, einige Tage vor der Erkrankung eine Ohrfeige erhalten zu haben. Wenn auch Spuren äußerer Gewalt an den äußeren Teilen des Auges nicht nachweisbar waren, so deuteten doch kleine Blutaustritte an der Vorderfläche der Regenbogenhaut darauf hin, die Angabe des Patienten für richtig anzunehmen und Gefäßzerreißungen, als durch die Ohrfeige entstanden, zu substituieren. Alles in allem war in Abwesenheit jeglichen anderen ursächlichen Momentes für die Entstehungsweise der Erkrankung im vorliegenden Fall die Möglichkeit eines Zusammenhanges zwischen der Ohrfeige und der Augenerkrankung zuzugeben. Eine sichere Beurteilung des Falles war indessen vor allem deshalb unmöglich, weil der Patient erst nach längerer Zeit mit seinen Angaben über die vermeintliche Erkrankungsursache hervorkam.

Guillery (3) führt aus, daß einige unzweifelhafte Fälle, in denen ein Unfall, i. e. Einwirkung äußerer Gewalt auf das Auge, den Ausbruch einer tuberkulösen Erkrankung, meist einer Hornhautentzündung, herbeigeführt hat, vorliegen. Ähnlich liegen die Verhältnisse bei den Spätformen einer syphilitischen Erkrankung, die sich ebenfalls mit Vorliebe auf der Hornhaut lokalisieren. Im Körper kreisende Giftstoffe werden einen solchen Prädilektionspunkt natürlich um so eher angreifen, wenn seine vitale Reaktionsfähigkeit durch eine vorangegangene äußere Schädigung beeinträchtigt worden ist. Es muß also die Frage, ob ein Trauma bei einem konstitutionell veranlagten Individuum ein spezifisches Augenleiden entwickeln kann, bejaht werden, sogar in dem Sinne, daß nicht nur das verletzte, sondern auch das andere Auge in Mitleidenschaft gezogen werden kann. Man ist also in solchen Fällen nicht berechtigt, ein rein zufälliges Zusammentreffen anzunehmen und einen etwaigen Entschädigungsanspruch des Verletzten für unbegründet zu erklären.

Die „Augenärztlichen Winke", mit denen Schwarz (4) uns erfreut, sind vor allem in der Absicht geschrieben, den praktischen Arzt vor positiven Kunstfehlern und auch vor bloßen Unterlassungsfehlern zu bewahren, auch den Arzt, der sich mit der Behandlung von Augenleiden nicht befassen will, aber doch ein Urteil darüber haben will, was die Augenheilkunde als Hilfswissenschaft bei zahlreichen Erkrankungen anderer Organe leisten kann. Die Winke zerfallen in einen diagnostischen, therapeutischen und prognostischen Teil. Im ersten werden objektive und subjektive Störungen des Auges, auch anderweitige, eventuell mit Augenerkrankungen zusammenhängende Störungen besprochen. Die therapeutischen Winke befassen sich, dem engen Rahmen der Schrift entsprechend, hauptsächlich mit den äußeren Erkrankungen und Verletzungen des Auges. Von den prognostischen Winken sind besonders diejenigen wichtig, die sich mit den Unfallfolgen in bezug auf die Erwerbsfähigkeit, mit den perforierenden Augapfelverletzungen und schließlich mit der Simulation von Augenschwäche beschäftigen.

Im ganzen kann man ohne Übertreibung sagen, daß die „Augenärztlichen Winke" von jedem ärztlichen Praktiker mit ebenso großem Nutzen wie Vergnügen gelesen werden werden.

II. Metallsplitterverletzungen.

5. **Paul Cohn.** Über Mißerfolge der intraokularen Jodoformdesinfektion. (Zeitschr. f. Augenheilk. Januar 1905.)

6. **Hirschberg.** Eisensplitter am Sehnerv. (Zeitschr. f. Augenheilk. XIII, 1.)

7. **Hirschberg.** Klinische Beobachtungen. (Zentralblatt f. prakt. Augenheilk. Februar 1905.)

8. **Kaufmann.** Beitrag zur Kasuistik der Metallsplitterverletzungen des Auges. (Ophthalmol. Klinik. 5. Januar 1905.)

9. **Ollendorf.** Einige Beobachtungen bei Eisensplitterverletzungen. (Ophthalmol. Klinik. 5. Januar 1905.)

10. **Schleich.** Über Extraktion von Kupfersplittern aus dem Auge. (Ophthalmol. Klinik. 5. Januar 1905.)

11. **Steindorff.** Über Häufigkeit und Heilbarkeit der sympathischen Augenentzündung. (Aus der Festschrift für Julius Hirschberg, Leipzig. Veit & Co. 1905.)

12. **Wirtz.** Über Toleranz des Auges gegen eingedrungene Fremdkörper. (Inaug.-Diss. Straßburg. 1904.)

Aus der Arbeit P. Cohns (5) ist besonders erwähnenswert der Fall eines jungen Schlossers, der mit einer vier Tage alten Eisensplitterverletzung und beginnender Vereiterung des Augeninneren in Behandlung kam. Die sofortige Extraktion des 0,42 gr schweren Splitters und die Einführung eines Jodoformplättchens verhinderte zwar das Weitergehen der Eiterung, jedoch trat nach einiger Zeit eine sympathische Entzündung des zweiten Auges auf, die zur Entfernung des ersten Auges nötigte. Der Fall zeigt erstens, daß das Jodoform im Augeninnern nicht imstande ist, wie man ursprünglich gehofft hatte, eine sympathische Entzündung zu verhüten, und enthält zweitens eine eindringliche Warnung, in der konservativen Behandlung derart schwer verletzter und infizierter Augen nicht zu weit zu gehen.

In der Novembersitzung der Berliner Ophthalmologischen Gesellschaft berichtete Hirschberg (6) über einen seltenen Operationsfall von Ausziehung eines Eisensplitters am Sehnerven. Der Patient, ein russischer Arbeiter, erlitt vor zwei Monaten eine Verletzung des rechten Auges. Bei der Spiegeluntersuchung des äußerlich gesund erscheinenden Auges zeigte sich der Sehnervenkopf durch einen schwarzen, ca. 1 mm hervorragenden Splitter völlig verdeckt. Das Gesichtsfeld zeigte nur einen kleinen Defekt. Es gelang, den 4 mg wiegenden Splitter auf elektromagnetischem Wege zu entfernen und eine reizlose Heilung zu erzielen.

Aus dem Schatz seiner reichen Erfahrung teilt Hirschberg einiges über bemerkenswerte Eisensplitterverletzungen mit. In dem einen Fall (7) handelt es sich um ein Auge, in dessen Linse ein Splitter vor zwei Jahren geraten war. Jetzt ist das Auge stockblind, steinhart und gerötet. Obwohl der Eisensplitter in der Linse deutlich nachweisbar war, wurde doch zur Entfernung des Augapfels, nicht zur Splitterextraktion gegriffen, da erfahrungsgemäß derartige Eingriffe an einem unrettbar erblindeten Auge leicht zur sympathischen Entzündung des anderen führen. Im zweiten Fall handelte es sich um einen 52 mg schweren Splitter, der ohne die Linse zu verletzen in die Netzhaut eingedrungen war. Es gelang — drei Tage nach der Verletzung — schonendste Entfernung des Splitters mit dem Handmagneten. Der Riesenmagnet hätte bei der Größe des Splitters die größten Zerstörungen im Augeninnern bewirken können. Die Wundheilung verlief äußerst günstig, obwohl sich bei der Aufnahme des Verletzten in der Vorderkammer schon eine kleine Eiteransammlung vorfand. Das funktionelle Resultat war allerdings durch eine große Blutung in der Netzhaut zurzeit noch beeinträchtigt. Jedenfalls aber hat die sofortige Vornahme der Operation das Auge gerettet.

Kaufmanns (8) Resultate bei der Behandlung von Eisensplittern im Augeninneren waren: zweimal Verlust des Auges durch Vereiterung, dreimal Erhaltung des Auges ohne brauchbares Sehvermögen, dreimal mit gutem Sehvermögen. Kein Auge, das entzündungsfrei und kurz nach der Verletzung zur Operation kam, ging verloren. Es ist also bei frischen Eisensplitterverletzungen sofort die operative Entfernung vorzunehmen, da hierdurch unter Umständen eine Vereiterung vermieden werden kann. Was die Technik der Splitterentfernung anbelangt, so ist zuerst ein Vorziehen des Splitters mit dem Riesenmagneten in den vorderen Teil des Augapfels zu versuchen. Mißlingt dieser Versuch, so ist der Splitter durch einem Lederhautschnitt vermittelst des Hirschbergschen Handmagneten zu entbinden. Jeder Operation muß die Untersuchung mit dem Sideroskop zur Sicherung der Diagnose vorausgehen.

Was schließlich aus einem auch mit Erfolg operierten Auge wird, ist unsicher; noch nach Jahren kann das Sehvermögen durch eine Netzhautablösung vernichtet werden. Durch diese Eventualität darf man sich aber selbstverständlich von der Operation nicht abhalten lassen, da anderenfalls das von seinem Fremdkörper nicht befreite Auge mit Sicherheit zugrunde geht.

Ollendorf (9) rät bei im Augeninneren vermuteten Eisensplittern, die sideroskopisch nicht mit Sicherheit zu konstatieren sind, die Untersuchung am Sideroskop nach vorausgeschickter Magnetisierung des eventuellen Splitters durch Annäherung des Riesenmagneten zu wiederholen. Öfters fällt dann erst die Untersuchung positiv aus. Auch bei in der Regenbogenhaut vermuteten Splittern ist die Anwendung des Sideroskopes vor der Operation von größter Wichtigkeit, da sonst sehr leicht ein kleines Loch in der Regenbogenhaut als Fremdkörper angesprochen werden kann.

In einem Fall beobachtete Verf. nach glücklich verlaufener Magnetoperation eines Eisensplitters das Auftreten einer Entzündung des Sehnerven und der Netzhaut, die jeder Behandlung trotzte und das Sehvermögen schließlich auf Fingerzählen dicht vor dem Auge herabsetzte.

Nach Schleichs (10) Erfahrungen, die sich vollkommen mit denen anderer Autoren decken, gehören Verletzungen des Augeninneren durch Kupfersplitter zu den schwersten Verletzungen, die man bisher meist mit der Entfernung des ganzen Auges behandelte. Auf Grund einiger günstig verlaufener Fälle rät Verf. nun, bei Glaskörpereiterungen, die sich um eingedrungene Kupfersplitter gebildet haben, die Entfernung des Splitters durch einen Lederhautschnitt vermittelst einer Pinzette zu versuchen, ja sogar, wenn der Fremdkörper sichtbar ist, erst die Abszeßbildung abzuwarten und dann erst den Entfernungsversuch zu machen.

Aus Steindorffs (11) Statistik verdient der dringende Rat hervorgehoben zu werden, jeden nur einigermaßen verdächtigen Augapfel, der eine durchbohrende Verletzung erlitten und kein nennenswertes Sehvermögen mehr hat, zu entfernen. Nach der Entfernung tritt niemals mehr sympathische Entzündung des zweiten Auges auf. Von Ersatzoperationen glaubt Verf. abraten zu müssen. Ist die sympathische Entzündung aber einmal ausgebrochen, so sind operative Eingriffe am zweiten Auge auf das allernotwendigste Maß zu beschränken, respektive in ein reizfreies Stadium zu verlegen.

Es wäre für Wirtz (12), wie Hirschberg mit treffender Ironie bemerkt, eine dankenswertere Aufgabe gewesen, eine Dissertation über Intoleranz des Auges gegen eingedrungene Fremdkörper bzw. Eisensplitter — denn um solche handelt es sich in den allermeisten Fällen — zu schreiben. Die vom Verf. zusammengestellte Statistik ist ohne Wert, einmal, weil in fast allen Fällen, in denen angeblich Fremdkörper vom Auge vertragen wurden, die Beobachtungsdauer eine viel zu geringe ist, und zweitens, weil andere Fälle, die Verf. anführt, in der neuesten Literatur doch noch als an dem beherbergten Fremdkörper zugrunde gegangen beschrieben sind. Diejenigen Fälle, die tatsächlich dauernd und reizlos einen Splitter vertrugen, gehören zu den allergrößten Ausnahmen, die uns an der Grundregel nicht irremachen dürfen, jeden eingedrungenen Splitter so schnell als möglich wieder aus dem Augeninneren zu entfernen, und die auch die hundertfältig beobachtete Tatsache nicht zu widerlegen vermögen, daß in das Augeninnere eingedrungene Fremdkörper früher oder später zum Verlust, wenn nicht des Auges, so doch des Sehvermögens führen.

III. Sonstige direkte Verletzungen.

13. **Felke.** Doppelte Perforation des Augapfels durch eine Häkelnadel. (München, Med. Woch. 1904, 51, ref. in Woch. f. Therap. u. Hyg. d. Auges. 9. Februar 1905.)

14. **Günzler.** Über direkte Verletzung des Opticus durch Querschüsse der Orbita. (Inaug.-Diss. Tübingen, 1904.)

15. **Haas.** Sind mit Tinte verunreinigte Verletzungen des Auges besonders gefährlich? (Wochenschr. f. Therap. u. Hyg. d. Auges. 2. Februar 1905.)

16. **Sachsalber.** Schußverletzung beider Sehnerven mit langdauernder Amaurose und schließlich geringem peripheren Sehen. (Zeitschr. f. Augenheilk. XIII. Ergänzungsheft.)

17. **Wicherkiewicz.** Beitrag zur Wanderung fremder Körper im Auge. (Klin. Monatsbl. f. Augenheilk. Dezember 1904.)

In Felkes (13) Behandlung kam ein achtjähriges Mädchen, das sich aus Unvorsichtigkeit einen Häkelhaken mit aller Wucht in das linke Auge gestoßen hatte. Die Nadel hatte die Lederhaut nach außen von der Hornhaut durchstochen, den Glaskörper durchsetzt, auch noch die hintere Augapfelwand durchbohrt und sich schließlich mit dem Widerhaken fest in das Gewebe der Augenhöhle eingekeilt. Es glückte ohne Narkose bei der sehr verständigen kleinen Patientin vorsichtig die Nadel zu entfernen, ohne weitere Verletzungen zu verursachen. Es erfolgte schließlich glatte Heilung mit Erhaltung der vollen Sehschärfe.

Aus Günzlers (14) mit kasuistischen Beiträgen reichlich versehener Dissertation geht hervor, daß als diagnostisch für direkte Verletzung des Sehnerven, Zerrung oder Quertrennung desselben bei Schußverletzungen sicher verwertbareren Befund nur die neben der Sehnervenatrophie als charakteristisch für Zerreißung der Aderhaut und für Abreißung des Sehnerven schon wiederholt in der Literatur geschilderten Veränderungen im Augenhintergrund anzusprechen sind. Der einfache, dem anfänglich normalen Spiegelbefund nachfolgende Sehnervenschwund, sowie der Verschluß der Hauptgefäße der Netzhaut sind keine sicheren Kennzeichen für direkte Verletzung oder Durchtrennung des Sehnerven, und sind auch differentialdiagnostisch nicht verwertbar für Verletzungen des Sehnerven vor oder hinter dem Eintritt der Zentralgefäße in den Sehnervenstamm.

Auch Haas (15) hatte in zwei von ihm behandelten Fällen von Verletzungen des Auges durch tintenhaltige Schreibfedern Gelegenheit, die merkwürdige Tatsache zu bestätigen, daß derartige Verletzungen durchaus nicht, wie man annehmen sollte, besonders septisch verlaufen, sondern glatt und reaktionslos verheilen, sogar wenn auch, wie in vorliegenden Fällen, tiefere Teile des Auges verletzt sind. Es ist also anzunehmen, daß die Tinte sehr stark bakterientötende Eigenschaften besitzt, und läßt sich hieraus die Anzeige für eine möglichst konservative Behandlung derartiger Verletzungen ableiten.

Das Ungewöhnliche in dem von Sachsalber (16) beobachteten Selbstmordversuch durch Schuß in die rechte Schläfe besteht darin, daß drei Monate hindurch völlige Blindheit bestand, und erst nach dieser Zeit wieder ein ganz peripher gelegener Gesichtsfeldanteil zur Funktion gelangte. Man muß annehmen, daß in dieser Zwischenzeit die Aufsaugung des ergossenen Blutes erfolgte, und daß sich schließlich die nicht direkt durch das Projektil geschädigten, wenigen Nervenfasern des einen Sehnerven, der übrigens dem Augenspiegelbilde nach völlig atrophisch war, erholten.

Bei einem durch einen Schrotschuß verletzten Auge gelang es Wicherkiewicz (17) nicht, die Kugel zu entfernen. Das Auge heilte reaktionslos, jedoch zeigte die Wundstelle nach einiger Zeit eine Erhabenheit, und ergab ein Einschnitt die Anwesenheit eines Schrotkornes. Man wird annehmen müssen, daß durch die Saftströmung im Augeninnern der Fremdkörper wieder in die Nähe der Wunde, die den locus minoris resistentiae bot, gekommen ist und sich hier unter die bereits verschlossene Eingangspforte festgesetzt hat. Die Entfernung des Schrotkornes gelang nunmehr leicht.

IV. Indirekte Verletzungen.

18. **Frachtman.** Indirekte Verletzung des Sphincter iridis, subluxatio lentis und Cataracta corticalis anterior, nach Contusio bulbi mit einem Fechtsäbel. (Wiener med. Woch. Nr. 10.)

19. **Peters.** Über Glaukom nach Kontusionen des Auges und seine Therapie. (Klin. Monatsbl. f. Augenheilk. Dezember 1904.)

20. **Possek.** Ein Fall von corticaler Hemianopsie nach einem Trauma. (Zeitschr. f. Augenheilk. XIII. Ergänzungsheft.)

21. **Purtscher.** Zur Vorhersage der Augenverletzungen durch stumpfe Gewalt mit besonderer Berücksichtigung des Kuhhornstoßes. (Aus der Festschrift für Julius Hirschberg. Leipzig, Veit & Co. 1905.)

22. **Scheer.** Netzhautblutungen infolge von Kompression des Thorax. (Archiv f. Ophthalmolog. L. IX, 2. Heft.)

23. **Wernicke.** Ein Fall von Cataract nach Blitzschlag. (Berl. Klin. Woch. 19. Juni 1905.)

24. **Wiedemann.** Ein Fall von Augenquetschung. (Deutsche militärärztl. Zeitschrift. April 1905.)

25. **Bruno Wolff.** Über Augenverletzungen des Kindes bei der Geburt. (Aus der Festschrift für Julius Hirschberg. Leipzig, Veit & Co. 1905.)

Bei einem Soldaten, der bei einer Fechtübung einen Säbelhieb über den rechten Augapfel erhalten hatte, stellte Frachtman (18) zahlreiche Einrisse an dem Schließmuskel der Regenbogenhaut, Schlottern derselben, Verschiebung der Linse, sowie ausgedehnte Blutungen in die Vorderkammer und den Glaskörper fest; sobald sich die Blutungen wieder aufgesaugt hatten, konnte man auch das Vorhandensein einer sternförmigen Trübung der vorderen Linsenschichten konstatieren. Derartige nur durch eine starke Prellung des Augapfels hervorgerufene Veränderungen gehören zu den größten Seltenheiten.

Peters (19) beobachtete in einigen weiteren Fällen nach Prellungen des Augapfels durch stumpfe Gewalt das Auftreten von grünem Star. Die Entstehungsweise der Erkrankung ist so zu denken, daß durch die Prellung eine Erschlaffung der Gefäßmuskulatur im Augeninnern zustande kommt, durch welche das Kammerwasser eine stark eiweißhaltige Beschaffenheit annimmt. Infolge dieses Eiweißgehaltes wird die Kommunikation zwischen vorderer und hinterer Augenkammer mechanisch beeinträchtigt, so daß Drucksteigerung auftritt. Daß diese Annahme die richtige ist, geht daraus hervor, daß in derartigen Fällen von grünem Star das einfache Ablassen der eiweißhaltigen Flüssigkeit, die sogenannte Punktion der Vorderkammer, regelmäßig endgültige Heilung bringt. In leichten Fällen genügt sogar schon die medikamentöse Behandlung mit Eserin.

Bei dem von Possek (20) beobachteten Patienten trat nach einem Axthieb über das Hinterhaupt eine sieben bis acht Wochen dauernde Blindheit auf. Nach dieser Zeit besserte sich das Sehvermögen allmählich, um jedoch den Charakter einer gleichseitigen Halbblindheit anzunehmen, aus deren Verhalten man schließen konnte, daß sie direkt durch Verletzung des rechten Hinterhauptlappens verursacht war.

Purtscher (21) folgert aus seinem reichhaltigen Material, daß Zerschmetterung des Augapfels sofortige Enukleation erfordert, im Gegensatz von Fällen von offener Berstungswunde der Lederhaut, falls der Glaskörperverlust nicht allzu groß, und der Lichtschein noch erhalten ist. Berstung des Augapfels bei intakter Bindehaut ist im allgemeinen günstig zu beurteilen, die unter die Bindehaut geschleuderte Linse ist stets sofort zu entfernen. In allen Fällen von Augapfelberstung kann es zu Infektionen auf dem Wege der Blut- und Lymphbahnen kommen, speziell von der Nase her.

Scheer (22) hatte Gelegenheit, einen Weichenwärter zu beobachten, der zwischen die Puffer zweier Eisenbahnwagen geraten war und eine Quetschung des Brustkorbes erlitten hatte. Dieselbe war nur leichter Art, da keine Rippenbrüche erfolgt waren, sondern nur ein Bluterguß in den linken Rippenfellraum. An den Augen waren Blutaustritte in beiden Bindehäuten, sowie zwei kleine linksseitige Netzhautblutungen zu konstatieren. Dieselben saugten sich im Verlauf einiger Wochen wieder völlig auf; das Sehvermögen, das auf $^1/_6$ gesunken war, stieg wieder bis zur normalen Höhe an.

Wernicke (23) beschreibt einen jener sehr seltenen, nach Blitzschlag entstandenen Fälle von Starbildung. Es handelte sich um einen sonst gesunden, dreijährigen Knaben, der vor $1^1/_2$ Jahren vom Blitz getroffen war. Erst nach einigen Monaten trat eine beiderseitige unregelmäßig strichförmige Starbildung auf, die jedoch in günstigster Weise operativ zur Heilung gebracht werden konnte.

Der von Wiedemann (24) behandelte Musketier stürzte beim Exerzieren derart mit dem Gewehr hin, daß er mit dem linken Auge gerade auf den Knopf des Kammerstengels fiel. Es trat eine sehr erhebliche Blutung in die äußeren Teile des Auges und in die Augenhöhle auf, die möglicherweise auf einen Bruch der knöchernen Augenhöhlenwand zu beziehen war; ferner war Doppelsehen zu konstatieren. Nach einiger Zeit traten entzündliche, offenbar durch Ernährungsstörungen infolge Druckes von seiten der in der Augenhöhle sich konsolidierenden Blutgerinnsel verursachte Veränderungen am Sehnerven auf, die das Sehvermögen stark beeinträchtigten. Da das andere Auge des Mannes von jeher stark schwachsichtig war, mußte der Patient als dauernd ganzinvalide entlassen werden. Die Erwerbsbeeinträchtigung wurde auf $66^2/_3$ % bemessen.

Wolff (25) beobachtete Augenverletzungen während der Geburt fast niemals bei Kindern, die mit nachfolgendem Kopf geboren wurden, sondern meist bei Zangengeburten, namentlich bei engem Becken und bei den schwierigen Operationen bei noch hochstehendem Kopf. Als leichte Augenverletzungen sind die infolge von Asphyxie auftretenden Netzhautblutungen aufzufassen. Geburtstraumen in engerem Sinne sind Brüche der knöchernen Augenhöhle, Verletzungen der Weichteile, Herausreißung des Augapfels; Augenmuskellähmungen, Quetschungen des Augapfels, Hornhauttrübungen, Vorderkammerblutungen, Aderhautrisse, Sehnervenschwund, Wundstarbildung und eitrige Entzündung des Augapfels.

V. Infektionen.

26. **Kaiser.** Über Schädigung und Zerstörung der Augen durch Fliegen. (Mediz. Korresp.-Blatt des Württ. ärztl. Landesvereins. 3. Dezember 1904.)

27. **Ollendorff.** Insektenlarven im Auge. (Mediz. Korrep.-Blatt des Württ. ärztl. Landesvereins. 3. Dezember 1904.)

28. **Morelli.** Dreifacher Fall von Wurstvergiftung. (Wien. med. Woch. 1904 Nr. 46.)

Von Kaiser (26) und Ollendorff (27) liegen einige Beobachtungen vor von Insektenlarven im Auge. Schwerere Schädigungen wurden in keinem der Fälle hervorgerufen. Die Entfernung der gelegentlich sehr zahlreichen Larven, die vielfache Blutungen und Schwellung der Bindehäute verursachten, gelang auf mechanischem Wege nach vorausgegangener Kokaineinträufelung ins Auge. In einem Falle gelang es den eingedrungenen Schmarotzer als Fliegenlarve der Gattung Sarkophaga zu bestimmen.

Nach Morellis (28) Beobachtungen treten nach dem Genuß der mit dem Wurstgift infizierten Speisen nach 6—10 Stunden die ersten Zeichen einer Magen-Darmerkrankung auf. Erst nach 36—48 Stunden folgen die eigentlichen Vergiftungserscheinungen. An den Augen äußern sich diese in Doppeltsehen, Akkommodationslähmung, Pupillenerweiterung und Reaktionslosigkeit, Aufhören der Tränenabsonderung, Lähmung des oberen Augenlides. Die Störungen der äußeren und inneren Augenmuskulatur sind sehr hartnäckig und gehen manchmal erst nach Wochen zurück.

VI. Intoxicationen.

29. **Bornemann.** Ein Fall von Erblindung nach Atoxylinjektionen bei Lichen ruber planus. (München. Med.Woch. Nr. 22.)

30. **Koll.** Ein Fall von Braunfärbung der Hornhaut durch Chrom. (Zeitschr. f. Augenheilk. März 1905.)

31. **Kos.** Akute toxische Entzündung beider Sehnerven. (Wiener med. Woch. Nr. 11.)

32. **Merz-Weigandt.** Eine Verletzung der Hornhaut durch Schwefeldioxyd. (Aus der Festschrift für Julius Hirschberg. Leipzig. Veit u. Co. 1905.)

33. **Vogt.** Weitere experimentelle und klinische Studien über den schädlichen Einfluß von künstlichen Anilinfarben auf das Auge. (Zeitschr. f. Augenheilk. Februar und März 1905.)

34. **Vollert.** Ein Fall von Mydriasis und leichter Akkommodationslähmung infolge des Hereinfallens eines Fruchtkörnchens von Datura Strammonii in die Bindehaut des Auges. (Klinisches Monatsblatt f. Augenheilk. November 1904.)

Bei Bornemanns (29) Patientin trat nach längerer Anwendung von Arsen in Form von Atoxylinjektionen zur Heilung eines hartnäckigen Lichen ruber planus beiderseitige Sehnervenatrophie und fast völlige Erblindung auf. Welcher von den Komponenten des Mittels, dem Arsen oder dem Anilid, die Schuld zuzuschreiben ist, läßt sich nicht entscheiden. Jedenfalls muß auf Grund dieser Beobachtung vor der kritiklosen Anwendung des Atoxyls auf das entschiedenste gewarnt werden.

Der seltene, von Koll (30) mitgeteilte Fall bietet Interesse nicht nur in augenärztlicher, sondern auch in gewerbehygienischer Beziehung. Bei einem 59jährigen Arbeiter, der in einer Velvetfabrik tätig war, in der verdünnte Chromsäure als Farbstoff zur Anwendung kommt, fand sich auf beiden Hornhäuten, entsprechend der Lidspaltenzone, eine intensiv braune Färbung der Hornhautgrundsubstanz. Die chemische Untersuchung ergab als Ursache der Färbung die Anwesenheit von Chrom. Da keiner der Arbeitsgenossen des Mannes eine ähnliche Erkrankung aufwies, so ist anzunehmen, daß der etwas unreinliche Patient, der sich die Augen mit von der Farblösung durchtränkten Lappen auszuwischen pflegte, sich auf diese Weise geringe Mengen der Chromsäurelösung in den Bindehautsack gebracht hat, die entsprechend der Lidspaltenzone unter der Einwirkung des Lichtes die braune Färbung der Hornhaut erzeugten.

Bei dem von Kos (31) beobachteten Patienten, einem sonst gesunden, auch an Alkohol und Tabak nicht gewöhnten Mann, stellte sich nach einmaligem starken Rauchen und Trinken auf beiden Augen eine so schwere Sehnerven- und Netzhautentzündung ein, daß fast völlige Erblindung auftrat. Jedoch gelang es, durch energische Schwitzkur das Sehvermögen beider Augen bis fast wieder zur Norm zu bessern.

Bei einem Brauer, dem einige Tropfen SO_2 ins linke Auge spritzen, fand Merz-Weigandt (32) Lichtscheu und Rötung des Auges, Bindehautschwellung, Trockenheit, rauchgraue, intensive Trübung und Empfindungslosigkeit der Hornhaut. In der diffusen Trübung fanden sich zwei stärker getrübte, stecknadelkopfgroße Stellen. Bis auf letztere hellte sich in den nächsten Tagen die Hornhaut wieder völlig auf, auch stellte sich die normale Empfindlichkeit wieder her und ging der Reizzustand zurück.

Von den umfassenden Untersuchungen Vogts (33) sind für den Sachverständigen von besonderem Interesse die Mitteilungen

über 17 beobachtete Fälle von Verletzungen des Auges durch künstliche Anilinfarben. Sämtliche in Betracht kommende Farbstoffe hatten basischen Charakter. Es wurden 7mal Hornhautentzündungen und 10mal Bindehautentzündungen konstatiert. Der Verlauf der Entzündungen war jedoch stets ein weniger schwerer als der bei experimentell am Kaninchenauge hervorgerufenen Entzündungen. Immerhin traten in einzelnen Fällen sehr erhebliche Sehstörungen infolge von Hornhauttrübungen auf. Therapeutisch empfiehlt es sich, in jeder Farbstofffabrik eine etwa monatlich zu erneuernde 5—10 % borgesättigte, ausgekochte und filtrierte Tanninlösung bereit zu halten, um mit ihr unmittelbar nach einem Unfall den ins Auge gelangten Farbstoff möglichst vollständig mittelst Tropfglas oder kleiner Spritzflasche aus dem Auge wegzuspülen.

Vollert (34) hatte Gelegenheit, ein mit der Anfertigung künstlicher Blumen beschäftigtes junges Mädchen zu behandeln, dem bei der Arbeit ein Fremdkörper ins Auge gesprungen war, der, wie sich nachträglich herausstellte, ein Fruchtkörnchen von Datura Strammonii war. Das Auge zeigte maximale Pupillenerweiterung und Akkommodationslähmung.

Dature Strammonii wird zurzeit zur Fabrikation künstlicher Blumen sehr viel gebraucht; es dürfte daher der Versand sowohl wie die Anwendung und Verarbeitung einer derartig starken Giftpflanze nur unter besonderen Vorsichtsmaßregeln und Warnungen für das die Pflanze verarbeitende Personal gestattet sein.

VII. Varia.

35. **Birch-Hirschfeld.** Die Wirkung der Röntgen- und Radiumstrahlen auf das Auge. (Archiv für Ophthalmologie, LIX, 2. Heft.)

36. **Westphal.** Über einen unter dem Bilde einer Ophthalmoplegia externa verlaufenden Fall von traumatischer Hysterie. (Deutsche Mediz. Woch. Nr. 22.)

Birch-Hirschfeld (35) beschäftigt sich in einer sehr gründlichen, die gesamte Literatur berücksichtigenden Arbeit mit der Wirkung der Röntgen- und Radiumstrahlen auf das Auge. Die Röntgenstrahlen werden behandelt hinsichtlich ihrer Sichtbarkeit, ihres Durchdringungsvermögens, ihrer physiologischen und pathologischen Wirkungen auf das tierische und menschliche Auge, hinsichtlich des Wesens ihrer Wirkung und ihrer therapeutischen Verwendung. Von den Radiumstrahlen wird besprochen ihre physiologische und pathologische Wirkung auf das Auge und ihre therapeutische Verwendung in der Augenheilkunde.

Von Interesse für den Sachverständigen sind die praktischen Schlüsse, die Verf. aus seinen zahlreichen Versuchen zieht:

Durch Bestrahlung mit Röntgenstrahlen können am menschlichen Auge erhebliche Schädigungen hervorgerufen werden. Dieselben bestehen im Ausfall der Wimpern, Entzündungen der Bindehaut, Hornhaut, Regenbogenhaut, Gefäßwandveränderungen in Regenbogenhaut, Strahlenkörper, Degeneration der Netzhautganglienzellen und sogar in zystoider Degeneration des gelben Fleckes. Aus diesen Befunden ergiebt sich die Mahnung zur größten Vorsicht bei Bestrahlung des Auges und seiner Umgebung. Die Röntgentherapie in der Augenheilkunde wird sich wesentlich auf bösartige Neubildungen in der Nachbarschaft des Auges und auf Erkrankungen der Bindehaut zu beschränken haben. Der Augapfel selbst ist gegen die schädigende Wirkung der Strahlen durch eigene Schutzplatten zu schützen.

Was die Frage der Radiumstrahlen anbelangt, so ist es auf Grund von Tierexperimenten zweifellos festgestellt, daß auch das Radium die Gewebe des Auges durch Hervorrufung entzündlicher und degenerativer Veränderungen zu schädigen vermag. Für die therapeutische Verwendung des Radiums am Auge gilt genau das gleiche wie für die Röntgenbestrahlung. Die Hoffnungen, die hinsichtlich des Sehvermögens Erblindeter an die Wirkung der Radiumstrahlen geknüpft wurden, sind von einer genauen Kritik völlig zerstört worden. Ein Auge, dessen lichtempfindender Apparat einmal zerstört ist, wird ebenso wenig durch Radiumstrahlen wie durch andere leuchtende Strahlen eine Lichtempfindung wieder erhalten.

Westphahl (36) beobachtete einen Grubenarbeiter, der im Anschluß an eine Kopfverletzung unter den Erscheinungen der traumatischen Hysterie erkrankte. Das Eigentümliche des Falles bestand in einer beiderseitigen völligen Lähmung sämtlicher äußeren Augenmuskeln, welche jedoch keine konstante war, sondern unter bestimmten Umständen bald teilweise, bald völlig verschwand, so daß sie zweifellos als eine psychisch bedingte angesprochen werden mußte.

Allgemeines.

Dienstanweisung zur Beurteilung der Militärdienstfähigkeit § 13, 2 und Wehrordnung § 94, 8, b.

Von Oberstabsarzt Hahn in Stettin.

(Deutsche mil.-ärztliche Zeitschr. Juni 1905.)

Die Arbeit hat für die Sachverständigen-Zeitung insofern ein Interesse, als es auch in zivilärztlichen Angelegenheiten vorkommt, daß ein Arzt zu dem vorher abgegebenen Votum eines anderen Stellung zu nehmen und hierbei die Standesrücksichten mit seiner Pflicht selbständigen Urteils zu vereinigen hat. — § 13 der militärärztlichen Dienstanweisung bestimmt: „Ein vom Truppenteil als unbrauchbar entlassener Mann oder als untauglich zurückgewiesener Einjährig-Freiwilliger, welcher demnächst von der Ober-Ersatzkommission wieder als tauglich bezeichnet ist, darf erst dann auf Grund des früheren Leidens wiederum als unbrauchbar erklärt werden, wenn eine genügende, unter Mitwirkung des Truppenarztes erfolgte Beobachtung im Dienst die Unbrauchbarkeit erwiesen hat.“ Und § 94, 8, b der Wehrordnung lautet: „Findet die Ober-Ersatzkommission einen von der Truppe abgewiesenen Freiwilligen tauglich, so wird er für eine oder mehrere oder alle Waffengattungen designiert und muß von jedem Truppenteil angenommen werden. — Wer für den Dienst zu Pferde designiert ist, aber nicht die Mittel hierzu hat, muß auch bei der Infanterie angenommen werden.“ Verfasser erläutert an einigen Beispielen (funktionelle Herzstörung, Verbildung eines Fußes, Fehler der Zehen), wohin es führt, wenn der der Ober-Ersatzkommission zugeteilte Oberstabsarzt Leute für tauglich erklärt, die nach dem Urteil eines anderen Militärarztes einige Zeit vorher von einem Truppenteil als unbrauchbar entlassen sind. Hat ein akutes Leiden die Entlassung veranlaßt, so ist Wiederherstellung der Tauglichkeit möglich. Handelt es sich aber um chronische Krankheiten oder durch ärztliche Beobachtung als Tauglichkeitshindernis erkannte Anomalien, so wird immer eine baldige Wiederentlassung des erneut Eingestellten folgen. Nach Ansicht des Verfassers durfte der der Ober-Ersatzkommission beigegebene Oberstabsarzt in den angeführten Fällen nicht zur Wiedereinstellung raten, da sie im Interesse des Dienstes unzweckmäßig und außerdem geeignet war, „den zweiten Untersucher in den Verdacht einer übertriebenen Wertschätzung des eigenen Urteils gegenüber dem Urteil anderer zu bringen“. Hierin liegt eine ungewöhnlich scharfe Kritik des Verfassers an der dienstlichen Handlungsweise eines ihm gleichgestellten Kollegen.

Es ist möglich, daß Oberstabsarzt H. für die von ihm mitgeteilten Spezialfälle im Recht ist. Aber weiß er denn, welchen Anteil der Ausspruch des Arztes der Ober-Ersatzkommission an deren Entscheidung hatte? Darüber vermisse ich jegliche Andeutung. Die Kommission ist nicht an das Urteil des Arztes

gebunden; der Militärvorsitzende entscheidet allein. Ich habe es 1890 erlebt, daß der Ober-Ersatzkommission, bei der ich fungierte, ein im Winter vorher von mir wegen geistiger Beschränktheit als unbrauchbar eingegebener Mann zur Superrevision vorgestellt wurde; also ein Fall, zu dem ich alle Erläuterungen geben konnte. Trotzdem stellte ihn der Vorsitzende, der gleichzeitig der Brigadekommandeur war — wieder in denselben Truppenteil ein und war allerdings wenig erbaut, als später die von mir veranlaßte kommissarische Untersuchung mein Urteil bestätigte und den Mann wieder als unbrauchbar erklärte. So etwas kann auch in den vom Verf. erörterten Fällen mitgesprochen haben. Aber auch, wenn der Arzt hier zur Wiedereinstellung geraten hat, darf ihm nicht übertriebene Wertschätzung des eigenen Urteils zum Vorwurf gemacht werden. Denn er hat nicht nur nach dem Urteil der Vorgänger, sondern nach dem Verhalten des Mannes seit der Entlassung und nach dem vorliegenden Befunde zu urteilen. Dafür trägt er die Verantwortung. In der Tat zeigt die Erfahrung, daß eine große Reihe von Wiedereingestellten die Dienstzeit anstandslos beendet.

In Einem aber ist dem Verf. durchaus beizutreten. Ein Kollege soll den anderen nicht bloßstellen, wenn er es nach Lage des Falles irgend vermeiden kann. Namentlich aber soll der superrevidierende Arzt mit seinem abweichenden Urteil zurückhaltend sein, wenn er jünger und unerfahrener ist, als der erste Beurteiler. Da sprechen Imponderabilien mit, die in keiner Instruktion zum Ausdruck kommen können. In meinem Dienstbereich habe ich s. Z. die Ärzte, so viel ich konnte, darauf hingewiesen. Res domestica! Körting.

Veränderung der Verhältnisse als Voraussetzung für die Entziehung der Invalidenrente und anderweitige Festsetzung der Unfallrente.

Von Dr. Hans Seelmann.

(Archiv für soziale Medizin u. Hygiene.)

Verfasser betont, daß die Feststellung dieser „Veränderung der Verhältnisse“ in den Händen der Ärzte liegt, die deshalb die bisherige Rechtsprechung über diese Frage kennen müssen. Er stellt aus diesem Grunde die Entscheidungen des Reichsversicherungsamtes hierüber zusammen.

I. Invalidenversicherung. § 47 des Invalidenversicherungsgesetzes bestimmt: „Tritt in den Verhältnissen des Empfängers einer Invalidenrente eine Veränderung ein, welche ihn nicht mehr als erwerbsunfähig erscheinen läßt, so kann demselben die Rente entzogen werden.“

Von dem Gesetz wird also nicht nur die Erwerbsfähigkeit des Rentenempfängers, sondern auch eine Veränderung in seinen Verhältnissen, insbesondere in seinem Gesundheitszustande verlangt. Eine solche kann nur im Falle einer Änderung des geistigen oder körperlichen Zustandes angenommen werden. Unter Umständen liegt sie in der Gewöhnung an einen krankhaften Zustand oder in dem Erwerbe neuer Fertigkeiten. Die Ärzte müssen also zunächst registrieren, welche krankhaften Veränderungen in den für die Bewilligung der Rente maßgebenden Attesten festgestellt waren. Jede einzelne dieser Erscheinungen muß begutachtet werden. Nur wenn hierin eine Veränderung festgestellt werden kann, ist eine Entziehung der Rente überhaupt zulässig. Es muß natürlich weiter begutachtet werden, ob etwa neue Krankheitserscheinungen hinzugetreten sind, und auf Grund des gesamten Befundes eine eventuelle Schätzung des Grades der Erwerbsunfähigkeit vorgenommen werden.

II. Unfallversicherung.

Die einschlägigen Paragraphen lauten übereinstimmend:

„Tritt in den Verhältnissen, welche für die Feststellung der Entschädigung maßgebend gewesen sind, eine wesentliche Veränderung ein, so kann eine anderweitige Feststellung erfolgen.

Das Reichsversicherungsamt stellt sich auf den Standpunkt, daß dem Verletzten die rechtskräftig gewährte Entschädigung, auf welche seine wirtschaftliche Existenz ganz oder zum Teil sich gründet, nur dann geschmälert oder entzogen werden darf, wenn ihr Genuß in der bisherigen Höhe ein offenbares Unrecht gegen die Berufsgenossenschaft bedeutet. Rentenherabsetzungen in schnell aufeinanderfolgenden kleinen Stufen, die als Ausdruck einer „wesentlichen“ Veränderung der Verhältnisse nicht gut anzusehen sind, erscheinen daher nicht angezeigt. Eine Veränderung der Verhältnisse liegt nur dann vor, wenn objektiv die Sachlage eine andere geworden ist, insbesondere, wenn der körperliche oder geistige Zustand des Verletzten sich geändert hat, nicht dagegen, wenn lediglich die subjektive Beurteilung der Sachlage eine andere geworden ist. So wenig die Berufsgenossenschaften das Recht zur Renteneinstellung oder Herabsetzung haben, wenn sie lediglich auf Grund einer anderweitigen eigenen oder ärztlichen Beurteilung der Sachlage behaupten, daß ein Teil oder die Gesamtheit der bereits rechtskräftig anerkannten Unfallfolgen irrtümlich auf den Unfall zurückgeführt sei, so wenig ist natürlich in dem umgekehrten Falle dem Verletzten ein entsprechendes Recht einzuräumen. Eine Veränderung der Verhältnisse liegt nicht vor, wenn es sich um die Verschlimmerung eines nicht durch den Unfall verursachten aber bei der Abschätzung der Rente berücksichtigten Leidens handelt, sondern nur dann, wenn die Veränderung den durch den Unfall herbeigeführten Zustand betrifft. Beispielsweise erlitt ein Versicherter, dessen Sehvermögen auf beiden Augen durch ägyptische Augenentzündung herabgesetzt war, durch einen Betriebsunfall eine Verletzung des rechten Auges, auf welchem die Sehkraft auf diesem Auge nahezu völlig gemindert wurde. Die Berufsgenossenschaft gewährte ihm für die erste Zeit eine Teilrente von 60% und nach dem Eintritt einer Besserung des linken Auges eine solche von 40%. Nachdem sich durch das Fortschreiten der Augenentzündung unabhängig vom Unfall und ohne Veränderung des rechten Auges der Zustand des linken Auges verschlimmert hatte, beantragte der Verletzte Erhöhung der Rente. Dieser Anspruch ist unbegründet.

Verfasser führt dann eine Reihe von Entscheidungen an, in denen eine Veränderung der Verhältnisse angenommen bzw. nicht angenommen ist. Z. B. kann durch Gewöhnung an die Unfallfolgen, beispielsweise durch längeren Gebrauch künstlicher Gliedmaßen, eine Veränderung der Verhältnisse bedingt werden. Eine solche liegt nicht in dem Eintritt des Zeitpunkts, zu dem ein Verletzter, dessen älteres Leiden durch den Unfall schädlich beeinflußt wurde, auch ohne den Unfall in demselben Grade erwerbsunfähig geworden wäre. Unter Umständen kann der Eintritt einer wesentlichen Veränderung vermutet, bzw. angenommen werden, insbesondere dann, wenn der Verletzte sich grundlos weigert, sich einer ärztlichen Untersuchung zu unterwerfen oder sich einer als notwendig angeordneten Kur, z. B. einer Krankenhausbehandlung zu unterwerfen.

Vergiftungen.

Über Vergiftung mit Schwefelalkalien.

Referat des Herrn Stadelmann in der Berl. med. Gesellschaft am 29. März 1905.

(Allgem. med. Zentr. Zeitg. 1905. Nr. 14, S. 269.)

Eine Frau wurde mit Cyanose, klonischen Krämpfen, Tobsuchtsanfällen und Bewußtseinsstörung ins Krankenhaus eingeliefert. Es stellte sich heraus, daß sie in selbstmörderischer Absicht ein Enthaarungsmittel „Haarfeind“ getrunken hatte, welches Schwefelwasserstoff, gelöst in Ätzkalk, enthält und dessen wirksame Bestandteile die Polyfulfide des Calciums sind. Über den weiteren Verlauf ist aus der Diskussion zu entnehmen, daß

lange Zeit Nephritis bestand; eine Angabe über den endgültigen Ausgang fehlt. Ktg.

Eine tödliche Vergiftung mit Salmiakgeist.

Von Dr. Romeick, Mohrungen.
(Zeitschrift für Medizinalbeamte 1905, Nr. 9, S. 282.)

Ein acht Monate altes Kind erhielt wegen eines Luftröhrenkatarrhs zweistündlich einen Kinderlöffel Mixtura solvens. Nach Verbrauch der Medizin wurde die Verordnung wiederholt. Die zweite Medizin wurde in einer neuen Flasche abgegeben. In der ersten Flasche hatte sich der Vater aus einer Drogenhandlung für 20 Pf. Salmiakgeist (Ätzammoniak, Liqu. Ammon. caustic.) gegen seinen Schnupfen geholt und diese neben die Medizin des Kindes auf den Nachttisch gestellt. Durch Verwechslung der Flaschen erhielt das Kind einen Kinderlöffel voll Salmiakgeist. Trotz der sofort verordneten üblichen Gegenmittel: Verdünnte Essigsäure und Zitronensäure, Öl, Schleim, Milch trat blutiges Erbrechen und Stuhl ein und nach 48 Stunden Tod unter Bewußtlosigkeit und Krämpfen. J. Meyer, Lübeck.

Zur Frage des mikrochemischen Nachweises der Phosphorvergiftung.

Von Dr. med. A. Sorge, Sigmaringen.
(Vierteljahrsschrift für gerichtl. Medizin. 1905. Heft 2, S. 319.)

Binda gab im Jahre 1900 eine neue Methode der gerichtlich chemischen Untersuchung auf Phosphor an. Die Methode besteht im wesentlichen darin, daß kleine Teile des zu untersuchenden Materials zunächst einer mikroskopischen Betrachtung bei abgeblendetem Lichte oder im Dunkeln unterzogen und dabei bei Anwesenheit von Phosphorteilchen ein Aufleuchten desselben beobachtet wird. Manchmal tritt dies Leuchten erst nach Erwärmen des Objekts auf. Ein Verwechseln mit unter diesen Umständen auch leuchtenden Staubpartikelchen wird ausgeschlossen durch nachfolgende Reaktion auf Schwefelkohlenstoff, Ammoniummolybdat, Silbernitrat, sowie auf Goldchlorür. Binda hat keine Angaben darüber gemacht, welches Material seinen Untersuchungen zugrunde lag. Verfasser hat die Versuche an mit Phosphoröl getöteten Mäusen nachgeprüft, konnte aber wegen der geringen Menge des zur Verwendung gelangenden Phosphors nicht zu einem sicheren Resultat gelangen. Ein Versuch mit einem Meerschweinchen gab dagegen deutlich ein positives Resultat. Es scheinen indessen noch weitere Untersuchungen nötig zu sein, um über den Wert dieser Methode für die gerichtliche Medizin entscheiden zu können.

J. Meyer, Lübeck.

Gynäkologie.

Über kriminellen Abort. Mit Demonstrationen.

Von Prof. Dr. Puppe, Königsberg.
(Monatsschrift für Geburtshilfe und Gynäkologie, Bd. 21, Heft 3.)

Die professionellen Abtreiber arbeiten im allgemeinen manuell; nur zuweilen finden Kombinationen mit anderweitigen, internen Abtreibungsmitteln statt. Die gelegentlichen Abtreiber dagegen nehmen bald dies, bald jenes Mittel, welches ihnen von irgend einer Seite empfohlen wurde; nur selten schwingen sie sich dazu auf, abortive Manipulationen zu machen. Bei 16 Fällen äußerer Abortivmittelbenutzung handelte es sich 2 mal um Eihautstich bzw. Anbohrung des Eies durch den Muttermund und 14 mal um Injektionen von Flüssigkeiten in die Geschlechtsteile. Es wurde meist Seifenlösung mit zinnener Spritze in sitzender Stellung der Frau eingespritzt; wirksam war die Einspritzung offenbar nur, wenn sie wirklich durch den inneren Muttermund zwischen Eihaut und Uteruswand gelangte.

Von inneren Mitteln wurden die verschiedensten Sachen benutzt, von denen jedoch nur die Anwendung von Bleiessig den gewünschten Erfolg brachte. J. Meyer-Lübeck.

Vermeintliche Notzucht.

Von Dr Robert Thomalla, Waldenburg.
(Zeitschrift für Medizinalbeamte 1905, Nr. 9, S. 282.)

Th. wurde zu einer guten Bürgersfamilie gerufen mit der Bitte, das sechsjährige Töchterchen zu untersuchen, welches angeblich gemißbraucht worden sei. Man hatte sogar auf eine ganz bestimmte Persönlichkeit Verdacht. Bei der Untersuchung fand sich an den Schamlippen reichlich Schleim und dünnflüssiges Sekret, ferner zerstreute mit flachen Borken bedeckte Stellen und dazwischen eitrige Pusteln, an der Spitze mit kleinen schon vertrockneten Borken bedeckt. Das Hymen war völlig intakt. Das Kind leugnete jegliche Berührung von seiten eines Mannes. Es gab zu, sich an der Vulva gekratzt zu haben. An der Stirn fand sich eine impetigo contagiosa, die in einer hiesigen Poliklinik behandelt wurde. Es handelte sich also zweifellos um eine Autoinfektion. Die krankhaften Erscheinungen an der Vulva waren in wenigen Tagen durch dieselbe Salbe beseitigt, mit der die Impetigo an der Stirn behandelt war. J. Meyer, Lübeck.

Aus Vereinen und Versammlungen.

Göttinger psychologisch-forensische Vereinigung.

Sitzung am 5. Juli 1905.

Referent: Weber-Göttingen.

Zum Vorsitzenden wurde an Stelle des nach Celle berufenen Oberlandesgerichtspräsidenten Heinroth Herr Landgerichtsdirektor Bacmeister gewählt.

1. Herr Cramer berichtet über einen der gelegentlich vorkommenden forensischen Fälle, in denen der Sachverständige eine geistige Erkrankung objektiv nicht nachweisen kann, obwohl er das Bestehen einer solchen für wahrscheinlich hält. Der auch sonst mehrfach vorbestrafte Arbeiter K. ist seit einer Reihe von Jahren wiederholt wegen Sachbeschädigung bestraft; es handelt sich dabei immer um die gleiche Art des Vergehens: Frauen und Mädchen wurden auf der Straße die Kleider zerschnitten oder durch Übergießen mit einer ätzenden oder beschmutzenden Flüssigkeit verdorben. Während er Straftaten anderer Art jederzeit zugab, leugnete er diese Handlungen trotz striktester Indizienbeweise hartnäckig und behauptete, unschuldig verurteilt zu sein. Den Beweis der Täterschaft des K. als erbracht vorausgesetzt, mußte die eigentümliche, gleichartige Form der Tat und das hartnäckige Leugnen den Verdacht erwecken, daß ein irgendwie gearteter krankhafter Zustand vorliege.

Bereits vor Jahren war im Anschluß an eine ähnliche Handlung Anstaltsbeobachtung beantragt, der sich aber K. nach einiger Zeit durch die Flucht entzog, weil er, wie er später angab, Angst hatte, für geisteskrank erklärt und in der Anstalt interniert zu werden. Die jetzt wieder vorgenommene Anstaltsbeobachtung ergab, ebenso wie die damalige, kein Zeichen einer geistigen Störung irgendwelcher Art. Auch ein epileptisches oder hysterisches Leiden konnte vollständig ausgeschlossen werden. Die Intelligenz, die moralischen Qualitäten, das Triebleben des K. erwiesen sich als vollkommen dem Durchschnitt entsprechend. Auch der Versuch, durch Verabreichung größerer Mengen alkoholischer Getränke sonst etwa latente Symptome hervorzurufen, war erfolglos.

Es mußte demgemäß der Tatbestand des § 51 St.-G.-B. ausgeschlossen werden; K. wurde wegen des letzten Reates zu sechs Monaten Gefängnis verurteilt.

Cramer betont, daß irgend eine Möglichkeit für die Strafkammer, um diese Verurteilung herumzukommen, bei diesem Resultat der Beobachtung nicht bestanden habe. Er weist dann aber auf ähnliche Fälle hin, bei denen später einsetzende Geistes-

störungen durch oft jahrelang vorhergehende kriminelle Handlungen sich ankündigen; namentlich ist dies der Fall bei Pubertätspsychosen, bei den präsenilen Psychosen und bei anderen im späteren Lebensalter einsetzenden Schwachsinnszuständen. Die vorhergehenden insozialen Handlungen sind eben dann ein oder das einzige manifeste Zeichen der latent bereits vorhandenen krankhaften Gehirnveränderung. Vortragender schließt mit dem Hinweis, daß die Lexferenda derartigen Fällen vielleicht durch die bedingte Strafaussetzung oder Begnadigung gerecht werden könnte.

2. Herr von Hippel berichtet kurz über den augenblicklichen Stand der Vorarbeiten zur Strafrechtsreform.

3. Herr Weber: Dämmerzustand oder Simulation?

Vortragender berichtet über den weiteren Verlauf und die forensische Aufklärung eines Falles, dessen Vorgeschichte bereits vor zwei Jahren von Cramer kurz erwähnt worden war:

Am 18. Januar 1902 wurde in Montreux (Schweiz) ein zirka 40jähriger Mann ohne jedes Legitimationspapier und ohne sonstiges Erkennungszeichen erstarrt auf der Straße gefunden. Im Krankenhaus kam er wieder zu sich und erklärte, er sei, soweit er sich erinnern könne, in der Provinz Schleswig zu Hause und der Sohn eines Marschbauern. Er glaube, er heiße „Peter Petersen"; genau wisse er das aber nicht, ebensowenig, wie er hierhergekommen sei. Er glaube sich auch zn erinnern, daß er vor Jahren in der Anstalt Ilten bei Hannover gewesen sei. Der Aufgefundene kam durch Vermittelung des deutschen Hilfsvereins in die Göttinger Anstalt.

Alle unter den von ihm angegebenen Namen angestellten polizeilichen Recherchen blieben erfolglos. In der Anstalt wurde weder Epilepsie noch Hysterie festgestellt. Außer einigen körperlichen Degenerationszeichen bot der angebliche Petersen weder in körperlicher noch psychischer Beziehung Abnormitäten. Er war ein ruhiger, intelligenter Mann, der mit schriftlichen Arbeiten beschäftigt wurde, durch Selbstunterricht rasch so viel Stenographie erlernte, daß er in einem Stenographenverein Vorträge hielt. Nach beinahe zweijährigem Anstaltsaufenthalte — im Sommer 1904 — wurde festgestellt, daß er nicht Petersen hieß, sondern daß er ein Buchhalter G. aus einer ostfriesischen Stadt sei, der im Dezember 1901 nach lange Jahre fortgesetzten Unterschlagungen unter Mitnahme einer größeren Geldsumme flüchtig gegangen war und seitdem polizeilich gesucht wurde. Auf Vorhalt seines richtigen Namens und Heimatsortes gab er auch jetzt noch an, davon nichts zu wissen. Erst als er in seine Heimat transportiert wurde, gestand er zu, der Gesuchte zu sein, gab die Unterschlagungen in vollem Umfang zu und hatte so genaue Erinnerung daran, daß er dem gerichtlich bestellten Bücherrevisor bei der Aufdeckung der Verschleierungen und Bücherfälschungen behilflich sein konnte. Dagegen hielt er hartnäckig daran fest, von dem Moment der Flucht aus seinem Heimatsort an bis zu seiner Auffindung in Montreux — ein Zeitraum von ca. vier Wochen — einen völligen Erinnerungsdefekt zu haben. Ebenso habe er bis zu seiner Rückkehr in die Heimat seines Namens und seiner Personalien sich nicht erinnert.

Nach den, auf Wunsch der ärztlichen Sachverständigen besonders vervollständigten Ermittlungen war G. in der Jugend gesund und stets als ein intelligenter, gewandter Mensch, der ruhig und geordnet lebte, bekannt.

G. wurde zu drei Jahren Gefängnis verurteilt. Die forensische Begutachtung konnte von einer genaueren Analyse des angeblichen Dämmerungszustandes absehen, da die inkriminierten Handlungen außerhalb desselben fielen, sich über viele Jahre erstreckten und, wie ihre Ausführung zeigt, eine sorgfältige Überlegung und intakte psychische Funktionen voraussetzen. Von dem angeblichen Dämmerzustand selbst trägt die anscheinend über Amsterdam, Paris, Italien nach der Schweiz ausgeführte ca. vierwöchige Reise ganz den Charakter eines „poriomanischen Aktes". Mit E. Schultze und Heilbronner hält Vortragender einen derartigen Zustand nicht für ein diagnostisch entscheidendes Symptom, wenn nicht bestimmte pathologische Erscheinungen auch sonst nachweisbar sind. Diese konnten aber bei einer zweijährigen Beobachtung, während welcher G. zum Teil weitgehende Bewegungsfreiheit hatte, vollständig ausgeschlossen werden. Der durch zwei Jahre behauptete Erinnerungsdefekt, der lediglich alle zur persönlichen Indentifizierung dienlichen Momente betraf, muß als eine äußerst geschickte und raffinierte Simulation bezeichnet werden. Dafür spricht auch, daß G., während er alle kleineren Details seines Lebensganges richtig und in richtiger Reihenfolge wußte, die Angaben über epileptische Zustände in der Jugend und eine unbewußte Reise nach Königsberg ganz frei hinzu erfand. Ferner hat G. in dem angeblichen Dämmerzustande, den er selbst als „Bewußtsein einer zweiten Persönlichkeit" bezeichnet, sich im übrigen intellektuell völlig leistungsfähig erwiesen, war sogar geistig produktiv tätig (Erlernen der Stenographie, medizinischer Fachausdrücke, Verfasser guter Zeitungsartikel etc.), was immerhin, ebenso wie die lange, von keiner Veränderung unterbrochene Dauer, der gewöhnlichen Erfahrung über solche Zustände krankhaft veränderten Bewußtseins widerspricht. Endlich spricht für Simulation, daß er auch auf Vorhalt seiner richtigen Personalien zunächst noch nichts davon wissen will, während ihm doch bei einem angeblichen früheren derartigen Zustande schon beim Anblick eines Schriftstücks die Erinnerung wiederkehrte.

Dagegen spricht manches, namentlich ein eigenartiger Mangel an Affekt und an Interesse für seine Angehörigen bei dem geistig sonst hochstehenden, beweglichen und moralisch nicht depravierten Manne dafür, daß es sich um eine psychopathische Veranlagung handelt, die aber die im forensischen und selbst psychiatrischen Gebrauch angenommene Grenze der geistigen Störung nicht erreichte. Von allen pathologischen Phänomenen lassen sich noch am ehesten Beziehungen zu der „pathologischen Lüge (Pseudologia phantastica)" Delbrücks herstellen. Wegen der mit einem Aufgebot von Intelligenz und Phantasie und großer Konsequenz lange Zeit so erfolgreich durchgeführten Simulation ist der Fall von besonderem Interesse.

Heilbronner hat in seiner bekannten Publikation (Jahrbücher für Psych.) einen ähnlichen Fall mitgeteilt, in dem ein Verbrecher wegen eines anscheinend poriomanischen Zustandes längere Zeit in einer Anstalt unter fremden Namen, und ohne daß man seine Vorgeschichte kannte, sich aufhielt.

XIV. Konferenz der Zentralstelle für Arbeiterwohlfahrtseinrichtungen

(Nach dem offiziellen Bericht der Zentralstelle.)

Am Nachmittage des ersten Tages versammelten sich die Teilnehmer in den Räumen des Folkwangmuseums zur Besichtigung der Ausstellung von Abbildungen und Modellen architektonisch mustergültiger Arbeiter-Wohnhäuser.

Auf der Tagesordnung des zweiten Tages stand „Die Gestaltung des Arbeiter-Wohnhauses". Die Verhandlungen wurden eingeleitet durch einen einführenden Vortrag des Herrn Osthaus über „Das Haus in seiner erzieherischen Bedeutung". Die Elemente der Baukunst seien nicht der Laune und Willkür entsprungen, sondern das notwendige Ergebnis des menschlichen Daseins unter bestimmten äußeren Bedingungen. Das englische Volk sei das einzige unter den modernen Völkern Europas, das sich zu einer häuslichen Kultur durchgerungen habe. Hier seien die repräsentativen Bedürfnisse, die bei uns eine so große Rolle spielen, den Rücksichten der Gesundheit und Zweckdienlichkeit gewichen. Hierin liege die erzieherische Bedeutung

des Hauses, und in dieser Zweckdienlichkeit das Schöne, Künstlerische, das wir erstreben sollten. Nachdem die Fülle der Erfindungen und durch den Weltverkehr übermittelten Eindrücke unser kulturelles Leben wohl bereichert aber auch sehr verwirrt hätte, müsse das erworbene Wissen und Können mit unserem Leben in Harmonie gesetzt werden. Die Neuschöpfung des deutschen Hauses allein könne diesen Ausgleich bewirken.

Herr Landesgewerberat Dr. Muthesius-Berlin sprach über „Die Entwicklung des künstlerischen Gedankens im Wohnhausbau". Die bürgerlichen Kulturäußerungen, namentlich die Baukunst, seien in England reifer und harmonischer. Von der bürgerlichen Baukunst werde der Arbeiterwohnhausbau beeinflußt. In Deutschland lägen in neuerer Zeit ebenfalls sehr glückliche Anfänge in der geschmackvollen Gestaltung des Arbeiterwohnhauses vor, die eine erfreuliche Entwicklung versprächen. — Über die wirtschaftliche Seite der Ausgestaltung des Arbeiterwohnhauses sprach Herr Direktor Dr. Brandts-Düsseldorf. Er konstatierte, daß eine schöne und sinngemäße architektonische Durchbildung der Arbeiterhäuser schon unter den gewöhnlichen wirtschaftlichen Verhältnissen einer ausgezeichneten Rentabilität der Anlage durchaus nicht im Wege stehe. — Prof. Schultze-Naumburg sprach über „Das Bauernhaus in seiner vorbildlichen Bedeutung für den Arbeiterwohnhausbau". Wenn man nach der Form des Arbeiterhauses suche, so kann man Rat finden bei den Ständen, deren Lebensweise und Bedürfnisse mit denen des Arbeiterstandes verwandt sind, und die doch im Besitze einer festen Überlieferung eines eigenen Heims sind. Erst wenn wir die Methode des natürlichen Wachstums wiedergefunden haben werden, ist Hoffnung vorhanden, daß das Bild unseres Landes wieder ein harmonisches wird. Architekt Riemerschmidt-München führte aus, daß strenge Regelmäßigkeit bei anspruchslosen Arbeitern recht unsachlich ist, daß die einfachste Art zu arbeiten hier am Platze ist, bei der Augenmaß und fühlende Hand zu ihrem Rechte kommen. Über die Gestaltung der Arbeiterkolonien sprach Geheimrat Prof. Henrici. In einem kurzen Schlußwort verlangt der Vorsitzende die Gleichberechtigung der künstlerischen mit allen anderen Erwägungen.

Gesellschaft für soziale Medizin.

(Sitzung am 6. Juli.)

Vortrag des Herrn Prof. Dr. Sommerfeld: „Die Anzeigepflicht bei gewerblichen Vergiftungen."

Die Tatsachen der gewerblichen Schädlichkeiten sind bereits in großer Menge bekannt. Aber nur einzelne Ärzte widmen sich ihrer Erforschung. Keine Behörde ist bisher hiermit beauftragt. Eine Professur für Gewerbehygiene ist nur an der Münchener Universität geschaffen, sonst wird dieses Gebiet nur von wenigen Dozenten in wenigen Unterrichtsstunden vorgetragen. Die Gewerbeaufsichtsbeamten haben sich gemäß ihrer Instruktion mit der Feststellung der gewerblichen Schädlichkeit zu befassen, indessen fehlen ihnen für diesen Zweck nicht nur die erforderliche Muße — sie sind mit Geschäften überbürdet —, sondern vor allem die ärztlichen Kenntnisse, wiewohl sie anerkanntermaßen sich bemühen, diese zu erlangen. Sie konnten in Leipzig 1901 keine Bleivergiftung feststellen, aber bereits 1902 nach der Einführung der Anzeigepflicht 200 derartige Fälle melden. Laut Bekanntmachung des Bundesrates finden in Akkumulatorenfabriken, Zink- und Bleihütten u. a. periodische Untersuchungen der Arbeiter durch Fabrikärzte statt. Diese sind aber gänzlich von den Unternehmern abhängig, verschweigen zahlreiche Diagnosen, machen also wertlose Mitteilungen. Mit Roth und Lehmann-Würzburg fordert Sommerfeld staatlich angestellte Ärzte für diese Zwecke. Obwohl die Kreisärzte nach § 92 ihrer Dienstanweisung gehalten sind, den gesundheitsschädlichen Betrieben ihre Aufmerksamkeit zuzuwenden, hindert sie die allbekannte Überlastung mit Berufsgeschäften an derartigen Erhebungen. Sehr viele Betriebe sind noch nicht der Gewerbeinspektion unterstellt. Aus allen diesen Gründen befürwortet Sommerfeld die in neuester Zeit aufgestellte Forderung der Anzeigepflicht für jeden Fall gewerblicher Schädigung. Lewin habe sich für die Anzeigepflicht seitens der Unternehmer ausgesprochen, weil die Ärzte nach seiner Meinung in der Pathologie der Gifte zu wenig ausgebildet seien, so daß deren Anzeigen zu einem falschen Bild über die Verhältnisse in einem Giftbetriebe führen würden. Mit diesem Vorschlage konnte Lewin sich keinen Beifall erwerben, weil dann wiederum die Arbeitgeber die Unterdrückung der Anzeigen in der Hand hätten, und die erfolgten Meldungen noch besondere Kontrolluntersuchungen notwendig machen würden.

Für ihn (Sommerfeld) unterliege es keinem Zweifel, daß nur die Ärzte, sowohl die frei praktizierenden als die Anstaltsärzte, die Anzeige auszuführen hätten. Strittig sei es, ob die Anzeige den Krankenkassen oder der Medizinalbehörde erstattet werden solle. Die Ärzte sollen die Meldung gegen Entgelt machen. Merkblätter über Art, Klinik, Pathologie und Prophylaxe der gewerblichen Vergiftung sollten allen Ärzten zugehen, um das diesbezügliche Studium anzuregen und zu fördern. S. geht ausführlich auf die Handhabung der Anzeigepflicht in England ein; dieselbe ist dort seit 1895 obligatorisch für die Ärzte, wird honoriert und hat zahlreiche gewerbliche Vergiftungen aller Arten zutage gefördert. Außerdem wird von den Ärzten ein begründetes Gutachten eingefordert, ob ein leichter, schwerer oder mittelschwerer Fall vorliegt. Überall wo in Deutschland, z. B. in Chemnitz, Dresden, Leipzig, den Kassenärzten eine Art Anzeigepflicht auferlegt wurde, ließen sich in bedeutender Anzahl Bleivergiftungen, die mit Arbeitsunfähigkeit verknüpft waren, ermitteln. Die Arbeitsfähigen wurden aus den Liquidationen der Kassenärzte erkannt.

Auf die von mehreren Seiten erhobenen Einwürfe geht der Redner zum Schlusse seines Vortrages ein. Die Mehrbelastung der Ärzte werde infolge der Anzeigepflicht entschieden eintreten, aber demgegenüber stehe die besondere Bezahlung. Ferner ist bemerkt worden, der Arzt könne optima fide die Meldung unterlassen, weil die Erkennung der Krankheit zu schwierig sei. In solchen Fällen, meint Sommerfeld, werde der Arzt kaum strafbar werden.

Was soll nun zur Fürsorge für die ermittelten Vergiftungsfälle geschehen? Hier adoptiert S. die Lewinsche Auffassung; er wünscht, die gewerblichen Vergiftungen sollen allein dem Betriebe angerechnet und wie Betriebsunfälle entschädigt werden.

Wenn die Arbeiter eine Rente für die Schädigung der Giftarbeit zu erlangen suchen, so werden sie besonders gern sich an den Arzt zur Erstattung der Meldung wenden. —

Wir leben im Zeitalter der Anzeigepflicht und der Zählkarten. Man begnügt sich nicht mit der Anzeige der Infektionskrankheiten, der Todesfälle und der Kurpfuscher, sondern man wünscht auch, diese ärztliche Berufspflicht auf Geschlechtskranke, Schwindsüchtige und Gewerbekranke auszudehnen. Es ist nicht meine Aufgabe, hier zu zeigen, wie dürftig vielfach der Nutzen der obligatorischen Anzeige gegenüber anderen hygienischen Maßnahmen ist. Aber während es sich bei den Infektionskrankheiten meist um eindeutige Befunde handelt, ist die klinische Beobachtung der Gewerbekrankheiten hierfür noch nicht exakt genug. Ferner läßt der Unternehmer es schon heute den Arzt genügend büßen, der auf den Medizin- und Krankenscheinen die Diagnose Bleivergiftung vermerkt; er befiehlt seinen Arbeitern, einen anderen, coulanteren Arzt aufzusuchen, der klug genug ist, sich mit der Bezeichnung Magenkatarrh zu begnügen. Und dagegen hilft nicht einmal eine Honorierung von zehn Mark für jede Anzeige.

Nach meiner Ansicht ist die gute Idee Sommerfelds bei der Reform der Krankenversicherung ohne Anzeigeformular in zweckmäßigerer Weise auszuführen, nämlich dadurch, daß jeder Kassenarzt sowohl über jede chronische Erkrankung als über jede mit Arbeitsunfähigkeit verbundene Krankheit ein von der Versicherung bezahltes, klinisches Attest erstattet. Dahin gehört eo ipso der Bericht über eine Gewerbekrankheit. Eisenstadt.

Gerichtliche Entscheidungen.

Zur Auslegung des § 47 Abs. 1 des Invalidenversicherungsgesetzes.

Kann durch die Gewährung eines passenden Bruchbandes oder ähnlicher Hilfsmittel eine die Entziehung der Invalidenrente rechtfertigende Veränderung in den Verhältnissen des Empfängers herbeigeführt werden? (Revisionsentscheidung 1193 vom 4. November 1904.)

Nach § 47 Abs. 1 des I.-V.-G. kann Invalidenrente entzogen werden, wenn in den Verhältnissen des Empfängers eine Veränderung eintritt, welche ihn nicht mehr als erwerbsunfähig erscheinen läßt. Über die Bedeutung dieser Vorschrift hat sich das Reichsversicherungsamt bereits in der Revisionsentscheidung 1074 (Amtl. Nachrichten des Reichsversicherungsamts 1903, Seite 539) eingehend geäußert. Die dort gegebene Auslegung des Begriffs „Veränderung in den Verhältnissen des Rentenempfängers“ kann aber nicht dazu führen, für die Entziehung der Rente allemal die Feststellung zu fordern, daß in dem objektiven Bestande des Körpers oder in den Geisteskräften des Rentenempfängers selbst eine Besserung eingetreten sei, sondern es muß auch die Feststellung genügen, daß durch das Hinzutreten besonderer Umstände die durch die Leiden und Gebrechen eines Rentenempfängers bis dahin gebundenen geistigen und körperlichen Kräfte gelöst, und die die Erwerbsfähigkeit beschränkenden Folgen dieser Leiden und Gebrechen ausgeglichen werden, so daß dadurch eine wirkliche Steigerung der Arbeitsfähigkeit des Rentenempfängers hervorgerufen und demselben nunmehr ermöglicht wird, die ihm verbliebene Arbeitskraft auf dem allgemeinen Arbeitsmarkt in größerem Umfange als bisher zu verwerten und seinen Arbeitsverdienst zu erhöhen. In Übereinstimmung hiermit hat das Reichsversicherungsamt in der angeführten Revisionsentscheidung 1074 bereits angenommen, daß unter Umständen in der Gewöhnung an den krankhaften Zustand und in dem Erwerbe neuer Fähigkeiten eine Änderung des geistigen und körperlichen Zustandes des Rentenempfängers liegen kann.

Nach § 5 Abs. 4 des I.-V.-G. liegt dauernde Erwerbsunfähigkeit nur dann vor, wenn der Versicherte nicht mehr „imstande ist“, durch eine seinen Kräften und Fähigkeiten entsprechende Tätigkeit ein Drittel des Durchschnittslohnes gleichartiger Arbeiter in derselben Gegend zu verdienen. Aus dieser Bestimmung ergibt sich die Notwendigkeit, bei der Prüfung der Erwerbsfähigkeit eines Rentenbewerbers zu unterstellen, daß er seine Fähigkeiten und Kräfte auch gebraucht und auf dem allgemeinen Arbeitsmarkt auch verwertet. Es muß aber auch weiter bei dieser Prüfung vorausgesetzt werden, daß er zur Hebung der Arbeitskraft sich der gewöhnlichen Heil- und Hilfsmittel und der ihm zu Gebote stehenden Ersatzstücke fehlender Körperteile bedient, so daß von dauernder Erwerbsunfähigkeit dann nicht die Rede sein kann, wenn der Gebrauch dieser Heil- und Hilfsmittel, sowie der Ersatzstücke den Rentenbewerber in die Lage versetzen würde, noch mehr als ein Drittel des im § 5 Abs. 4 des I.-V.-G. festgesetzten Mindestlohns zu verdienen (zu vergl. Revisionsentscheidung 213, Amtl. Nachrichten des Reichsversicherungsamts, Invaliden- und Altersversicherung 1893, Seite 57). In folgerichtiger Anwendung dieses Grundsatzes muß auch angenommen werden, daß, wenn einem Rentenempfänger durch Gewährung passender Ersatzstücke und Hilfsmittel die Möglichkeit geboten wird, seine Kräfte zu heben und zu stärken und sie auf dem allgemeinen Arbeitsmarkt in größerem Umfange als bisher zu verwerten, hierin eine Besserung des körperlichen und geistigen Zustandes des Rentenempfängers im Sinne des § 47 Abs. 1 des I.-V.-G. liegen kann, insbesondere dann, wenn bereits eine Gewöhnung an den Gebrauch dieser Ersatzstücke und Hilfsmittel stattgefunden hat, und dadurch eine Erhöhung der Arbeitskraft selbst hervorgerufen worden ist (zu vergleichen Rekursentscheidung 584, Amtl. Nachrichten des Reichsversicherungsamts 1888, S. 299; Handbuch der Unfallversicherung, zweite Auflage, § 65 Anm. 87). Das Schiedsgericht hat daher das bestehende Recht unrichtig angewendet, wenn es für die Feststellung der Veränderung in den Verhältnissen des Klägers den Nachweis verlangt, daß in dem Bruchleiden oder in der Sehkraft des rechten Auges des Klägers eine Änderung eingetreten sei, und wenn es bei dem Mangel dieses Nachweises den Rentenentziehungsbescheid der beklagten Versicherungsanstalt als unbegründet aufhebt; es hätte weiter prüfen müssen, ob durch Gewährung eines passenden Bruchbandes in den Verhältnissen des Klägers eine Veränderung eingetreten sei, die ihn nicht mehr als erwerbsunfähig erscheinen lasse. Das angefochtene Urteil unterlag daher wegen unrichtiger Anwendung des bestehenden Rechts der Aufhebung.

Nach dem Gutachten des Sachverständigen Dr. E. vom 9. April 1902, das für die Festsetzung der Rente maßgebend war, litt der Kläger an einem linksseitigen, ziemlich faustgroßen Leistenbruch, der nach Ansicht des Sachverständigen nur schwer und dann auch nur teilweise zurückzubringen war, und an einer rechtsseitigen linsengroßen Hornhauttrübung. Dieselben Leiden und Gebrechen hat auch der Kreisarzt Dr. Sch. bei der Untersuchung vom 24. August 1903 festgestellt, nur ist er entgegen dem früheren Gutachter der Ansicht gewesen, daß der Bruch leicht zurückzubringen war, und daß er durch ein gut sitzendes Bruchband vollständig zurückgehalten werden könnte. Im vorliegenden Falle konnte nun unerörtert bleiben, ob eine Änderung in der Bruchanlage selbst eingetreten ist, oder ob nur eine verschiedene Beurteilung derselben Sachlage vorlag; denn dem Kläger ist auf Veranlassung des Kreisarztes Dr. Sch. von der beklagten Versicherungsanstalt ein gut sitzendes Bruchband gewährt worden, welches nach der Feststellung des Sachverständigen den Bruch vollständig zurückhält.

Hiernach muß angenommen werden, daß der im besten Mannesalter stehende und bis auf den Verlust der Sehkraft des rechten Auges gesunde Kläger die im § 5 Abs. 4 festgesetzte Grenze der Erwerbsunfähigkeit, falls er das ihm gelieferte gut sitzende Bruchband gebraucht, bei weitem nicht mehr erreicht, so daß die Entziehung der Rente gerechtfertigt war.

Responsabilité d'honoraires.

Tribunal de paix de Meulan.

(Journ. méd. de Bruxelles, 1905, Nr. 6.)

Eine junge Frau, die mit ihrem Manne in Scheidung lag, machte einen Selbstmordversuch durch Ersticken mit Kohlenoxydgas. Sie wurde von dem durch die Nachbaren hinzugerufenen Arzt nach schweren Mühen gerettet. Die in Anbetracht der Umstände mäßige Rechnung des Arztes wurde vom Ehemann unter dem Vorgeben abgewiesen, daß er den Arzt nicht gerufen habe. Außerdem habe er schon vorher in den Zeitungen bekannt gemacht, daß er für die Geldausgaben seiner verschwenderischen Frau nicht aufkomme. Vom Gericht wurde der Ehemann zur Zahlung verurteilt. In der Begründung hieß

es, daß der Arzt dem Rufe im Interesse der Allgemeinheit sich nicht hätte entziehen dürfen; es sei nicht seine Sache, die den Selbstmordversuch begleitenden Umstände zu prüfen. In der noch zu Recht bestehenden Ehe seien außerdem die Ehegatten verpflichtet, einander Hilfe und Beistand zu leisten. Der Mann könne sich dieser Pflicht nicht durch Bezug auf seine Zeitungsannonze entziehen; ganz abgesehen davon, daß die unter solchen Umständen geleistete ärztliche Hilfe nicht als Luxusaufwendung anzusehen sei. Ktg.

Tagesgeschichte.

Das österreichische „Programm für die Reform und den Umbau der Arbeiterversicherung" mit Ausblicken auf die deutsche Reform.

In der „Arbeiterversorgung" prüft Amtsgerichtsrat Hahn-Berlin, wie weit die Bestimmungen des österreichischen Programms einer Reform des Versicherungswesens bei uns als Grundlage dienen können. Nach diesem Programm sollen die Krankenkassen, die Unfallversicherungsanstalten, sowie die zu errichtende Invalidenkasse ihre Selbständigkeit behalten, alle aber sollen auf der gleichen, nämlich territorialen Organisationsgrundlage ruhen. Österreich hat uns gegenüber den Vorzug, daß es für die Unfallversicherung bereits die territoriale Grundlage angenommen hat und den Mangel, daß es noch keine Invalidenversicherung hat. Rein äußerlich, räumlich liegt nach dem Programm ein Gesamtbau mit den Krankenkassen als Grundlage und der Invalidenkasse als Spitze vor. Innerlich besteht ein entsprechender Zusammenhang insofern, als die Fürsorge der einen Einrichtung da einzusetzen hat, wo die der anderen aufhört. Es kann sich für uns nur darum handeln, inwieweit wir bei Berücksichtignng unserer andersartigen Verhältnisse und der schon bestehenden Einrichtungen dem Programm, welches übrigens der späteren Entwicklung der Gesetzgebung freien Spielraum läßt, Anregungen für unsere Reform entnehmen können. Ebenso wie das Programm als „ein Mittelweg zwischen Theorie und Praxis" bezeichnet wird, müssen die Vorschläge für die Reform auch bei uns einen Kompromiß zwischen den an ein einheitliches System der Arbeiterversicherung einerseits und den Rücksichten auf das bereits Vorhandene und das praktisch Erreichbare andererseits darstellen. Hiervon gehen auch die folgenden Erörterungen aus.

1. Der Unterbau. Die Vereinfachung der Arbeiterversicherung bedingt nicht notwendig die Preisgabe der Selbstverwaltung der Krankenkassen. Wenn dieses Recht der Kassen auch nicht Selbstzweck ist, so ist es die Vereinfachung der Arbeiterversicherung ebensowenig. Die in den Berufsgenossenschaften vereinigten Unternehmer haben an der Unfallversicherung ein rein vermögensrechtliches Interesse, die in den Krankenkassen vereinigten Arbeiter darüber hinaus ein höchst persönliches Interesse. Wenn der Staat die Arbeiter zwangsweise zu genossenschaftlicher Fürsorge für Krankheitsfälle zusammenschließt, so ist es billig, daß er ihnen innerhalb der Genossenschaft das Recht vorbehält, auf die Gestaltung der Krankenkasse mit einzuwirken. Die Beseitigung der Selbstverwaltung müßte eine aufreizende Wirkung haben. — Graf v. Posadowsky hat bemerkt, es müsse Aufgabe der Zukunft sein, die drei großen Versicherungen in eine einheitliche Form zusammenzufassen, in Österreich liege bereits eine Denkschrift in diesem Sinne vor. An völlige Verschmelzung der Versicherungen, oder auch nur an die Aufhebung der Selbstverwaltung der Krankenkassen hat hierbei der Staatssekretär offenbar nicht gedacht, sonst wäre der Hinweis auf das österreichische Programm verfehlt. Die Ansicht des Staatssekretärs, daß die Entwicklung dahin gehen müsse, daß man einen Unterbau unter berufsmäßiger Leitung schaffe, bedingt durchaus nicht die Aufhebung der Krankenkassen und ihrer Selbstverwaltung. Die eigentümliche Form, die das Programm für die Selbstverwaltung der Kassen vorsieht, scheint freilich nicht annehmbar. Daß nämlich der „leitende Kassenbeamte", der naturgemäß dem Vorstande untergeben sein müßte, von der staatlichen Versicherungsanstalt oktroyiert werden, und daß er sogar gehalten sein soll, eventuell Vorstandsbeschlüsse nicht auszuführen, sondern erst die Entscheidung der Aufsichtsbehörde einzuholen, würde unerträglich sein. Die natürliche Verantwortlichkeit und die Autorität des Vorstandes würden geschwächt werden, wenn man mit diesem „leitenden Beamten" sozusagen der Kasse einen Fremdkörper ins Fleisch triebe. Garantien für die sachgemäße Erledigung der Geschäfte dürfen nicht mit einer Verkümmerung der Selbstverwaltung verbunden sein. Eine möglichst wirksame Gestaltung und Ausübung der Staatsaufsicht, das Erfordernis der Bestätigung des Vorsitzenden, die Übertragung der Beamteneigenschaft auf ihn und die Kassenbeamteu, das etwa würden geeignete Garantien sein.

Wie soll innerhalb der Kasse der Einfluß der Arbeitgeber und der Versicherten verteilt werden? Bei Heranziehung beider Teile nach dem Beitragsverhältnis muß den Versicherten jedenfalls die Stimmenmehrheit zustehen, weil sie ja die Eintrittsgelder, die Zusatzbeiträge für Familienmitglieder und die Beiträge der freiwilligen Mitglieder allein aufbringen. Die Erwägung, daß es grundsätzlich nicht ohne weiteres gerechtfertigt ist, das Mitbestimmungsrecht der Interessenten nur nach der Höhe der Beitragsleistung zu bestimmen, spricht lediglich zugunsten der Arbeiter, für die nicht nur vermögensrechtliche, sondern auch höchst persönliche Interessen in Frage stehen, und denen daher in den Krankenkassen ein überwiegender Einfluß und auf den andern Versicherungsgebieten ein gewisses Maß der Mitbestimmung eingeräumt werden muß. Es ist dabei auch zu bedenken, daß die Arbeitgeber zu Beiträgen ja verpflichtet sind. Die Gestaltung der Selbstverwaltung wäre danach etwa so zu denken: Die Generalversammlung und die Vertretung im Vorstande besteht aus Vertretern der Arbeitgeber und der Versicherten, so daß den letzteren die Mehrheit der Stimmen zusteht. Der Vorsitzende wird von der Generalversammlung gewählt und bedarf der Bestätigung durch die Verwaltungsbehörde, deren Versagung zu begründen ist und im Verwaltungsstreitverfahren angefochten werden kann. Der Vorsitzende und die vom Vorstande angestellten Kassenbeamten sind als mittelbare Staatsbeamte eidlich zu verpflichten, und müßten eine ähnliche Stellung haben, wie der Bürgermeister mit seinen Sekretären in der Stadtverwaltung. Es ist dabei selbstverständlich an große, leistungsfähige Kassen gedacht. Eine weitgehende Zentralisierung ist unerläßlich für einen erweiterten Aufgabenkreis, namentlich eine wirksame Krankheitsverhütung. Handelt es sich um den Umbau der Arbeiterversicherung überhaupt, so müssen die Sonderkassen weichen. Diese können als Zuschußkassen fortbestehen und eine ersprießliche Wirksamkeit entfalten. — Als örtliches Gebiet der einzelnen Bezirkskrankenkassen könnte man vielleicht die Landgerichtsbezirke ins Auge fassen. Kassen von nur 1000 Mitgliedern, wie sie das österreichische Programm als Minimum bestimmt, würden zu klein und nur ausnahmsweise zuzulassen sein. Dem Bedürfnis nach Dezentralisierung würde durch örtliche Verwaltungsstellen Rechnung zu tragen sein. — Große allgemeine Ortskrankenkassen in diesem Stile bestehen schon jetzt und haben sich trefflich bewährt. Man wird die Einrichtungen nach wohlerwogenen Normen und womöglich nach bewährtem Muster bilden und bei ber Auswahl der Personen Sorge treffen müssen.

Parallel mit dieser Kassenorganisation hätte eine Behördenorganisation zu gehen. Für den Bezirk einer jeden Kasse wäre ein öffentliches Amt „ein Wohlfahrtsamt“ zu errichten, dem außer Vertretern der Arbeitgeber und der Versicherten der Gewerbebeamte und der Kreisarzt so anzugliedern wären, daß wir ein sachkundiges Organ für die Erledigung sozialer Verwaltungsaufgaben überhaupt hätten. Auf dem Gebiete der Arbeiterversicherung würden dem Amte im allgemeinen die Funktionen der unteren Verwaltungsbehörden und auf dem der Krankenversicherung die der Aufsichtsbehörde, außerdem gewisse Entscheidungskompetenzen zu übertragen sein. Die behördlichen sozialpolitischen Aufgaben erfordern eine Fachbehörde mit sozialpolitisch vorgebildeten Beamten. Auf dem Gebiete der Krankheitsverhütung würden dem Amte die wesentlich polizeilichen Anordnungen und die Überwachung ihrer Ausführung, insbesondere die Wohnungskontrolle, die Einrichtung oder Förderung von hygienischen Veranstaltungen, wie Arbeiterbadehäuser, Arbeiterwohnungen usw. obliegen. Es erscheint nicht zutreffend, daß der doppelte Apparat auch doppelt Kosten und Kräfte beanspruchen würde; denn auf der Seite der Kassen würden durch eine Zentralisierung Kosten und Kräfte gespart und durch die Errichtung des Wohlfahrtsamts würden Kräfte in der Kommunal- und Staatsverwaltung frei werden.

2. Unfall- und Invalidenversicherung. An eine Verschmelzung der Unfall- mit der Invalidenversicherung zu einer großen Rentenversicherung, oder auch nur an die Auflösung der Berufsgenossenschaften behufs Bildung besonderer territorialer Anstalten ist für absehbare Zeit nicht zu denken. In dieser Hinsicht werden wir hinter dem österreichischen Programm zurückbleiben müssen. Die Unternehmer würden sicher dem vermittelnden Vorschlag ebenso wie der radikalen Beseitigung der Berufsgenossenschaften einen kaum zu überwindenden Widerstand entgegensetzen. Eher dürften sie vielleicht zu haben sein für einen Vorschlag v. Frankenberg, der die Beseitigung der Unfallverletzung als besonderen Fürsorgegrund empfiehlt. In diesem Vorschlag erscheint die „Einfachheit“ als Selbstzweck auf Kosten einleuchtender Billigkeitsrücksichten. Mit einer derartigen Auflösung der Unfall- in die Kranken- bzw. Invalidenversicherung wäre daher nicht ernstlich zu rechnen. Man wird sich daher begnügen müssen, die Verbindung zwischen Unfall- und Invalidenversicherung einerseits und Krankenversicherung andererseits sachlich und formell enger zu gestalten. Daß nach Ablauf der Krankenunterstützungsfrist von 26 Wochen entweder die Unfall- oder die Invalidenversicherung sich unmittelbar anzuschließen hat, und daß demgemäß auch die Karenzzeit für die Unfallversicherung auf 26 Wochen erhöht wird, erscheint billig. Das Nebeneinanderbestehen von Ansprüchen an die Krankenkasse und an die Berufsgenossenschaft führt zu peinlichen Auseinandersetzungen. In formeller Hinsicht würde die Krankenkasse verpflichtet sein, durch rechtzeitige Mitteilung an das Wohlfahrtsamt in den entsprechenden Fällen die lückenlose Ablösung der Kranken- durch die Unfall- oder Invalidenfürsorge herbeizuführen.

3. Entscheidung von Streitigkeiten. Bei der verwirrenden Fülle der nach dem geltenden Recht zuständigen Instanzen und zulässigen Rechtsmittel tut Vereinfachung dringend not. Sie kann leicht erreicht werden, wenn man, wie das österreichische Programm, im Prinzip die Streitigkeiten privatrechtlichen Charakters den Schiedsgerichten und dem Obergericht, die Beziehungen öffentlich-rechtlicher Natur den politischen Behörden zur Entscheidung zuweist. An Stelle der letzteren hätte bei uns das Wohlfahrtsamt zu treten. Wenn in diesem eine sachkundige, paritätisch besetzte Entscheidungsinstanz gegeben wäre, würde jeder Grund für die besondere Zuständigkeit der Gewerbegerichte usw. fortfallen. Gegen die Entscheidungen des Amts in reinen Verwaltungssachen müßte die Beschwerde an die höhere Verwaltungsbehörde, in vermögensrechtlichen Streitigkeiten an das Schiedsgericht zulässig sein, gegen dessen Entscheidung es unter gewissen Voraussetzungen noch ein Rechtsmittel bei dem Reichsversicherungsamt geben müßte. Daß die Bescheide von Unfall- und Invalidensachen jetzt von Organen der leistungspflichtigen Körperschaften erlassen werden, daß also der Schuldner das Urteil fällt, muß als bedenklich angesehen werden. Es erscheint als eine Forderung des Rechts, daß die Entscheidung einer unparteiischen Amtsstelle übertragen werde: dem Wohlfahrtsamte. In allen Fällen aber, mit Ausnahme der Streitigkeiten zwischen Versicherungsträgern, würde Berufung an das Schiedsgericht und weiterhin die Anrufung des Reichsversicherungsamtes zulässig sein müssen. Die Schiedsgerichte würde man reorganisieren und mit Bürgschaften einer größeren Autorität ausstatten müssen. Zu Vorsitzenden dürften nur erfahrene Beamte berufen werden, die Beisitzer dürften nicht beständig wechseln, für besondere Fälle müßte auf sachverständige Besetzung des Gerichts Bedacht genommen werden. Als dritte Instanz wäre das Reichsversicherungsamt anzurufen. Das Rechtsmittel sollte nur zugelassen werden, wenn das Urteil des Schiedsgerichts auf der Nichtanwendung oder auf der unrichtigen Anwendung geltenden Rechts beruht, oder wenn das Verfahren an wesentlichen Mängeln leidet. Die Verhandlung müßte öffentlich und mündlich sein.

Einer Kritik dieser Vorschläge wollen wir uns heute enthalten.

Waldfrieden.

Am 2. Juli d. J. fand die Eröffnungsfeier der Erweiterungsbauten der Heilstätte „Waldfrieden“ für Alkoholkranke bei Fürstenwalde a. d. Spree unter großer Beteiligung von Anstaltsdirektoren und anderen Anhängern der Antialkoholbewegung statt.

Die Landesdirektion der Provinz Brandenburg war durch Herrn Landesrat Gerhard, die Armendirektion von Berlin und Charlottenburg durch die Stadträte Münsterberg und Samter vertreten. Der stellvertretende Vorsitzende des Vereins, welcher — unter dem Vorsitz des Herrn Geheimrat Dr. Sander — diese Heilstätte teils aus privaten Mitteln, teils mit Unterstützung der Provinz und Städte Berlin und Charlottenburg begründet hat, Herr Stadtrat Dr. Waldschmidt hat sich ganz besondere Verdienste um das Zustandekommen, die Erbauung und innere Ausgestaltung dieser Anstalt erworben, die nicht nur hervorragend geschmackvoll eingerichtet ist, sondern auch geradezu eine Musteranstalt genannt werden kann.

Derselbe hielt einen längeren Vortrag, in welchem er die Entstehung der Anstalt entwickelte und die bisherigen Erfolge der Behandlung mitteilte. Danach sind etwa ein Drittel der bisher behandelten zirka 300 Alkoholkranken seit den fünf Jahren des Bestandes abstinent geblieben; eine Ziffer, die mit den in der Schweiz gemachten Erfahrungen übereinstimmt.

Als besondere therapeutisch wertvolle Faktoren wirken das abstinente Milieu und die Anhaltung zur Beschäftigung, namentlich mit Landwirtschaft in dem ausgedehnten Gutsbezirk der Anstalt, die im Walde schön gelegen ist.

Die Erweiterungsbauten tragen den Charakter einer geschlossenen Anstalt mit drei aus Parterre und Obergeschoß bestehenden hübschen Häusern, welche für Kranke mit leichten Alkohol-Psychosen bestimmt sind.

Nunmehr sind 150 Plätze in der Anstalt vorhanden, von denen einige 30 für freiwillig Eintretende zur Verfügung stehen.

Die ärztliche Leitung der Anstalt ist in den Händen des Herrn Dr. Dankwardt.

Der Provinzialverband von Brandenburg, sowie die Deputation für städtische Irrenpflege in Berlin haben einen Vertrag mit dem Bezirksverein gegen den Mißbrauch geistiger Getränke für Berlin und Umgegend geschlossen, wonach bereits eine An-

zahl geeigneter Alkoholkranker aus den Landesirrenanstalten und Irrenanstalten der Stadt Berlin in die Heilstätte Waldfrieden überführt worden sind. Diese ist auch mit Pensionärabteilungen für Kranke besserer Stände versehen.

Bei der Bewirtung drückte Herr Stadtrat Münster und Herr Landesrat Gerhard den Dank der Gäste aus. Letzterer hob in einem launigen Toast mit Recht hervor, daß die dort kredenzten alkoholfreien Getränke recht trinkbar waren.

Max Edel-Charlottenburg.

Ministerialerlasse.

I. Allgemeine Verwaltungssachen.

Erlaß vom 2. Juni 1905, betreffend die Berechnung von Witwen- und Waisengeldern bei Betriebsunfällen.

1. Den Witwen und Waisen unmittelbarer Staatsbeamter, die infolge eines im Dienst erlittenen Betriebsunfalls gestorben sind, stehen Witwen- und Waisengelder nach Maßgabe der Pension zu, die der Verstorbene auf Lebenszeit bezogen hätte, wenn der Unfall nur seine dauernde Dienstunfähigkeit herbeigeführt hätte.

2. Die Witwen- und Waisengelder der Hinterbliebenen eines aus dem Dienst ausgeschiedenen Beamten, der eine Unfallpension bezogen hat, werden in jedem Fall nach Maßgabe der von dem Beamten tatsächlich auf Lebenszeit bezogenen Pension berechnet.

3. Ob und wie weit die unter 1 bestimmten Witwen- und Waisengelder durch Unfallrenten zu ersetzen sind, bestimmt sich nach § 2 des Unfallfürsorgegesetzes.

4. Eine Abänderung bereits rechskräftig gewordener Festsetzungen wird durch diese Regelung nicht bedingt.

— — 10. Juni 1905, betreffend die Bewilligung von Unterstützungen an mit Dienstentlassung bestrafte Beamte.

Es werden die hierüber früher erlassenen Bestimmungen in Erinnerung gebracht.

Verordnung über das Inkrafttreten des Gesetzes, betreffend die Dienstbezüge der Kreistierärzte vom 24. Juli 1904.

Das Gesetz tritt am 1. Juli 1905 in Kraft.

Allerhöchster Erlaß vom 25. Juni 1905, betreffend den Rang der etatsmäßigen Lehrer der tierärztlichen Hochschulen, der Departements- und Kreistierärzte.

Die Lehrer der tierärztlichen Hochschulen gehören der 4., die Departementstierärzte der 5. Rangklasse an, die Kreistierärzte stehen zwischen der 5. Rangklasse und der Klasse der Referendarien der Landeskollegien. Departementstierärzte können zu Veterinärräten und Geheimen Veterinärräten, Kreistierärzte zu Veterinärräten ernannt werden.

Verordnung, betreffend die Tagegelder und Reisekosten der Veterinärbeamten vom 25. Juni 1905.

Bei Dienstreisen in veterinär- oder sanitätspolizeilichen Angelegenheiten betragen die Tagegelder 10 Mk., in gerichtlichen Angelegenheiten für Kreistierärzte 7,50 Mk., für Departementstierärzte 9 Mk. Die Reisekosten werden mit 7 Pf. für das Kilometer bei Eisenbahn oder Dampfschiffahrten, mit 35 bis 50 Pf. für das Kilometer bei anderweitigen Reisen berechnet.

Erlaß vom 28. Juni, betreffend die Einsendung wichtiger genereller Verordnungen medizinal- und sanitätspolizeilichen Inhalts seitens der Provinzialbehörden an das Ministerium.

Derartige Verordnungen sollen in drei Abschriften eingesandt werden. Die eine soll dem Kaiserlichen Gesundheitsamt zur Verfügung gestellt, die zweite den Akten einverleibt und die dritte für das „Ministerialblatt" verwertet werden. Es wird anheimgestellt, auch kurze Mitteilungen und Notizen behufs Abdruck in dem genannten Blatt zu übersenden.

II. Ärztliches Prüfungswesen.

— — 21. Juni 1905, betreffend die Ableistung des praktischen Jahres seitens der Kandidaten der Medizin.

Die Entscheidung über Gesuche um Befreiung von der Ableistung des praktischen Jahres erfolgt durch den Herrn Reichskanzler in Übereinstimmung mit der Landeszentralbehörde, wodurch eine gleichmäßige Entscheidung im Gesamtgebiete des Deutschen Reiches gewährleistet wird. Die betreffenden Gesuche sind von den Vorsitzenden der ärztlichen Prüfungskommissionen sorgfältig zu prüfen und nur dann zu befürworten, wenn „zwingende persönliche Verhältnisse" vorliegen. Als solche kommen in Betracht:

1. Ungünstige Vermögensverhältnisse.
2. Militärverhältnisse.
3. Vorgerücktes Alter, infolge eines Berufs- oder Studienwechsels.
4. Übernahme der Praxis des Vaters oder eines nahen Verwandten.
5. Krankheit, die z. B. eine längere Seereise — als Schiffsarzt — notwendig macht. Verzögerung des Studiums durch längere Krankheit.

Eine in Aussicht stehende Assistentenstelle kann als „zwingendes persönliches Verhältnis" nicht in Betracht kommen. Bei der Beurteilung der Vermögensverhältnisse sind die Vergünstigungen, die eine Reihe der in Betracht kommenden Anstalten den Praktikanten gewähren, zu berücksichtigen.

III. Apothekerwesen.

Der Minister der Medizinalangelegenheiten hat mittels Verfügung vom 28. Juni 1905 bestimmt, daß nach der deutschen Arzneitaxe der Apotheker bei der Abgabe von Pillen, Suppositorien, Stäbchen nur einfache Gläser oder graue Kruken zu verwenden oder zu berechnen berechtigt ist. Die Verwendung derartiger fester Geräte ist geboten bei der Abgabe von Arzneien, welche dem Zerfließen, Zerbrechen oder Verderben ausgesetzt sind.

IV. Verkehr mit Nahrungsmitteln.

— — 28. Juni 1905, betreffend die Herstellung von Büchsengemüsen.

Es wird darauf hingewiesen, daß

1. eine Erhitzung von 100 Grad auf die Dauer von zehn Minuten sich zur Abtötung schädlicher Keime geeignet erwiesen hat,
2. der Inhalt von Büchsen, die bei der Öffnung einen verdächtigen Geruch erkennen lassen, im Haushalte unter keinen Umständen Verwendung finden darf.

V. Verkehr mit Arzneimitteln.

— — 20. Juni 1905, betreffend den Nachweis von Holzgeist in branntweinhaltigen Arzneimitteln.

Die in Frage kommenden Arzneimittel sind bei den regelmäßigen Besichtigungen der Apotheken der Prüfung auf einen Gehalt an dem als Denaturierungsmittel verwandten acetonhaltigen Holzgeist zu unterwerfen. Ein Verfahren für die erforderliche Untersuchung ist ausgearbeitet und beigefügt. Durch Aceton oder Holzgeist verunreinigte Arzneimittel sind aus dem Verkehr zu ziehen, und die Geschäftsvorstände auf das Strafbare des Verkaufs hinzuweisen.

VI. Serumprüfung.

Bekanntmachung.

Das Diphtherie-Heilserum Nr. 74 aus der Merckschen Fabrik in Darmstadt ist wegen Abschwächung zur Einziehung bestimmt.

VII. Fürsorge für Kranke und Gebrechliche.

— des Ministers der öffentlichen Arbeiten vom 13. Januar 1905, betreffend vierachsige Abteilpersonenwagen 3. Klasse mit Einrichtung zur Krankenbeförderung.

Es sind 40 derartige mit den nötigen Gegenständen ausgerüstete Wagen eingestellt und den Eisenbahndirektionen überwiesen worden. Vom 1. Mai 1905 sind sie zunächst auf den Linien der preußisch-hessischen Staatsbahnen zu benutzen.

VIII. Gewerbehygiene.

Bekanntmachung, betreffend die Einrichtung und den Betrieb der Bleihütten. Vom 16. Juni 1905. (Wird unter „gewerbehygienischer Rundschau" näher besprochen.)

Verantwortlich für den Inhalt: Dr. F. Leppmann in Berlin. — Verlag und Eigentum von R. Schoetz in Berlin. — Druck von W. Büxenstein, Berlin.